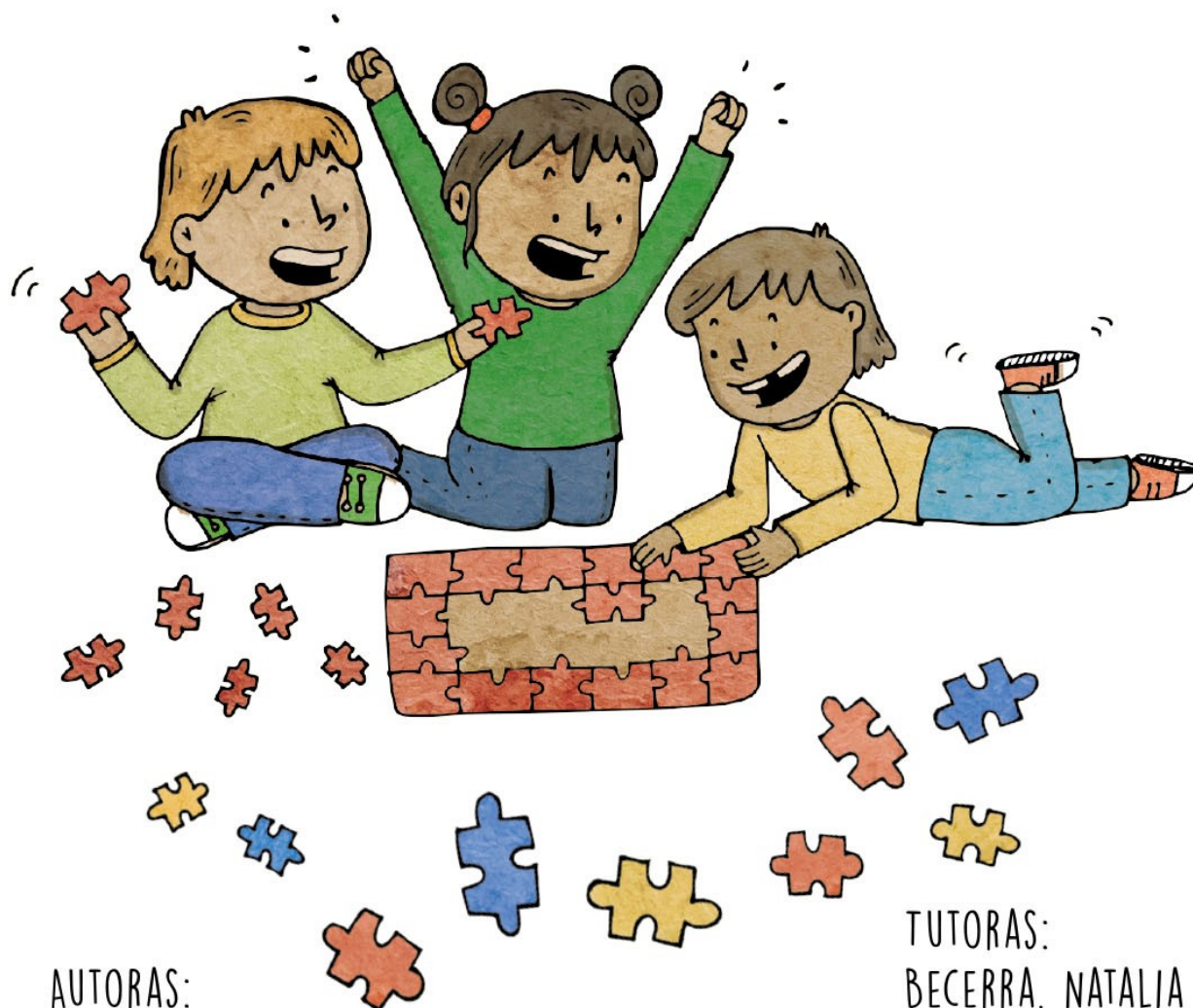


# LOS ESPACIOS DE RECREACIÓN COMO ESCENARIOS DE LEGITIMACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS: HACIA UN DESARROLLO SAIUDABLE



AUTORAS:  
ANDRADA, ROMINA  
BARRERA ESCUTI, ANA LAURA

TUTORAS:  
BECERRA, NATALIA  
CHAVES, PATRICIA  
DE DIOS, SILVIA

CÓRDOBA, 2020

# Índice

## *Agradecimientos*

<i>Introducción</i> .....	7
---------------------------	---

## *Capítulo I: Consideraciones claves para entender la Salud Mental en la Niñez*

1.1 Trayectoria histórica, paradigmas y concepciones de Salud Mental.....	14
1.2 Paradigmas en torno a la Niñez.....	19
1.3 Marco normativo internacional, nacional y provincial en Salud Mental y Niñez.....	21
1.3.1 Leyes de Salud Mental y Niñez en Argentina.....	24
1.3.2 Políticas sociales de Salud Mental en Argentina.....	27

## *Capítulo II: Caracterización del escenario institucional*

2.1 Trabajo Social y la interdisciplina en el campo de la Salud Mental.....	35
2.2 Abordajes de las problemáticas de Salud Mental Infanto-Juvenil.....	36
2.3 Centro Integral Infanto Juvenil: Trayectoria histórica, estructura organizacional y normativa.....	38
2.3.1 Líneas de acciones institucionales para brindar atención en el Centro Integral.....	41

## *Capítulo III: Protagonistas de las Infancias*

3.1 Una aproximación a la realidad actual de la población infantil en nuestro país	47
3.2 Familia y escuela: como espacios significativos en la construcción de la subjetividad en las Infancias.....	48
3.3 Constitución subjetiva de las niñas y los niños.....	51
3.4 Dificultades y problemáticas de las Infancias en el contexto actual: Medicalización y Patologización.....	53
3.5 Las niñas y los niños no son solo sujetos de necesidades, son primariamente sujetos sociales con derechos.....	55
3.6 Sujetos de Intervención: Las niñas y los niños del taller Recreate.....	57

*Capítulo IV: Objeto y estrategia del proceso de intervención*

4.1 Taller Recreate: dispositivo del Centro Integral Infanto-Juvenil.....	62
4.2 Definición del objeto de nuestra intervención.....	63
4.3 El juego como estrategia de intervención y su impacto en la Salud Mental: <i>hacia un desarrollo saludable.....</i>	65

*Capítulo V: Revisiones sobre la importancia de la actividad lúdica en las infancias como espacio de legitimación de los derechos de las niñas y los niños*

5.1 Los espacios de recreación como un derecho insustituible de las Infancias.....	71
5.2 Reconstruyendo la experiencia de intervención.....	72
5.3 Evaluación de la propuesta de intervención.....	78
5.4 Aportes y dificultades en el proceso.....	81

*Capítulo VI: Conclusiones y reflexiones finales.....*

	86
--	----

<i>Bibliografía.....</i>	89
--------------------------	----

## *Agradecimientos*

Desde el comienzo de este camino hasta este esperado momento, nos vimos atravesadas por una multiplicidad de experiencias, lo que vuelve imposible reducirlo a un simple transcurrir académico. Los aprendizajes enmarañaron nuestras estructuras más procedentes, identificando hoy esos cambios y crecimientos en nuestras maneras de ver, de interpretar, de accionar y de significar.

Alcanzar cada uno de estos desafíos y culminar esta ansiada meta, no podría haber sido posible sin el apoyo, el amor y el afecto de nuestras familias, nuestras amigas y amigos, por eso nos afirmamos en creer que este trayecto se realizó con otros, esos otros significativos, que son y serán indefinidamente nuestros sitios reconfortantes a donde recurrir para tomar impulso y seguir creciendo, solo resta decirles gracias, este preciado logro también se lo debemos a ustedes.

Lo que respecta a nuestra formación académica y profesional, estamos profundamente agradecidas a nuestras docentes que nos impulsaron y orientaron en cada etapa, por su calidez humana al compartir sus saberes. Sin más que decir, llevaremos con gran orgullo la experiencia transcurrida en la honorable Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Córdoba.

Romina y Ana



# INTRODUCCIÓN

## *Introducción*

La presente tesina, se constituyó como tal, a partir de nuestra experiencia de intervención pre profesional, correspondiente al quinto año de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Dicho proceso transcurrió durante el año 2018 en el Centro Integral Infanto Juvenil, institución dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que posee como principio fundacional brindar atención en Salud Mental a niñas, niños y adolescentes.

Podrán apreciar posteriormente, que nuestra inserción aconteció principalmente al interior de un dispositivo institucional denominado taller Recreate, que tenía como propósito promover el desarrollo de las habilidades sociales en aquellas niñas y niños, de entre 6 y 10 años, que asistían al mismo.

Decidimos introducirnos en este campo, a partir de los interrogantes que nos generaba abordar la articulación de estas dos grandes temáticas: Salud Mental y las Infancias. Implicarnos en este campo, significaba ser partícipes de una práctica institucional que jamás habíamos presenciado como estudiantes.

Esta producción se encuentra organizada en seis capítulos. En el capítulo uno, eminentemente conceptual, desarrollamos la trayectoria histórica de la Salud Mental, sus principales paradigmas, aspectos normativos y las políticas sociales que históricamente convergieron en el territorio de nuestro país.

En cuanto a la Niñez mencionamos sus paradigmas y contenido normativo. Aclaremos, además, que empleamos el término Niñez por lo general en lo que respecta a cuestiones normativas, y eventualmente puede ser aplicado como sinónimo de Infancias.

En el segundo capítulo, caracterizamos al Centro Integral Infanto Juvenil y referimos a aquellas problemáticas infanto juveniles que se abordan en el mismo.

En el capítulo tres contextualizamos a las Infancias y las problemáticas con las que se relacionan. Posteriormente ponemos atención en las niñas y los niños del taller Recreate que fueron los sujetos de nuestra intervención, realizando una caracterización de este grupo infantil.

Hablamos de infancias en plural, porque consideramos que existen una multiplicidad de infancias, entendiendo que éstas van variando de acuerdo a los contextos socio-históricos y culturales.

En el capítulo cuatro, desarrollamos nuestro objeto de intervención y la estrategia propuesta vinculada al juego y su impacto en la Salud Mental Infantil.

El capítulo cinco contiene una reconstrucción de la experiencia de intervención y la evaluación del proceso de nuestra estrategia y su impacto, además desarrollamos los aportes y dificultades que tuvimos a lo largo del proceso.

Finalmente, en el capítulo seis esbozamos algunas conclusiones y reflexiones sobre nuestra experiencia y sobre el taller como espacio de construcción de la subjetividad de las niñas y los niños.

Respecto a la información recolectada para la producción de este escrito, fue obtenida a partir del empleo de herramientas metodológicas como entrevistas realizadas, observación participante, además de la fuente de nuestros registros de campo.

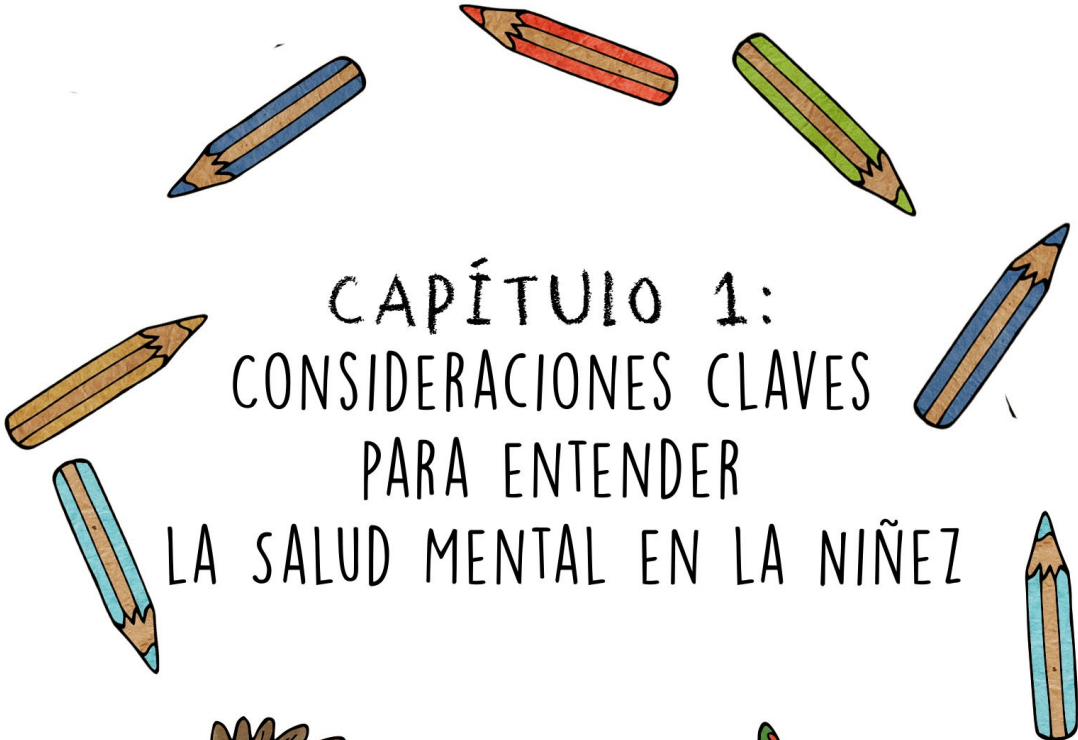
Utilizamos las denominaciones -niñas y niños-, para referirnos tanto a la población infantil en general como así también para mencionar específicamente a los sujetos de nuestra intervención. Sin embargo, aclaramos que para el resto de las denominaciones emplearemos sustantivos, adjetivos y pronombres del género masculino.





*“Observando la existencia de veinte hombres, no sabré que es la existencia de un hombre, pues el número veinte nada tiene que ver con la existencia singular de cada uno”*

*Spinoza, Abreu*



CAPÍTULO 1:  
CONSIDERACIONES CLAVES  
PARA ENTENDER  
LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ



En este primer capítulo desarrollamos una reconstrucción de aquellos conceptos relevantes y significativos para comprender la Salud Mental en la Niñez, explicando cómo el término Salud Mental fue sujeto a modificaciones de acuerdo con el contexto social, político, cultural de cada estadio histórico, situando además la concepción de Salud Mental a la que adherimos.

Detallamos algunas consideraciones centrales sobre la Niñez, que fueron determinando el rol asignado a las niñas y los niños en los diferentes espacios con los que interactúan durante su crecimiento. Añadimos, la descripción de aquellos aspectos normativos y legislativos nacionales e internacionales vigentes, que competen al campo de la Salud Mental y de la Niñez. Incorporamos, además, un breve recorrido histórico sobre las políticas sociales en materia de Salud Mental en nuestro país.

## **Trayectoria histórica, paradigmas y concepciones de Salud Mental**

Partiendo de los aportes del autor Amarante (2007) en su texto *Superar el manicomio*, realizamos una reconstrucción histórica del término Salud Mental, teniendo en cuenta las diferentes posiciones paradigmáticas y su relación en cuanto a concepciones como locura y padecimiento mental.

En la edad antigua aparecieron las primeras definiciones sobre la locura relacionadas a lo religioso, a cuestiones mágicas, a la peligrosidad, y se tendía a excluir a personas identificadas como peligrosas. Además, en el mundo clásico, edad media y renacimiento se seguía manteniendo la misma concepción de locura.

Con la modernidad, el hombre logró despojarse de concepciones religiosas, de explicaciones metafísicas para dar comienzo a nuevas formas de concebir el mundo y de explicar los fenómenos a través del conocimiento. Podemos situar aquí el surgimiento de la psiquiatría signada por el auge de las ciencias naturales. En este contexto, las prácticas de encierro dejan de ser entendidas como castigo y se las empieza a vincular con criterios morales-terapéuticos, reconociendo además el status del médico como figura central y legitimador de estas prácticas.

Amico (2005) en su texto *La institucionalización de la locura* afirma lo siguiente:

Con el diagnóstico psiquiátrico el loco fue reconvertido en enfermo mental, perdiendo parte de su condición humana y sometido a tratamientos incluso en contra de su voluntad, ya que la psiquiatría en ese momento era omnipotente frente al sujeto. Esta disciplina creía tener las suficientes armas terapéuticas para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente, a través de: choques biológicos,

contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomías, electrochoques.  
(p. 17)

A partir de la primera reforma psiquiátrica terapéutica, en el siglo XVIII, se produce un giro total de la mano de su precursor Philippe Pinel<sup>1</sup>, respecto al abordaje para aquellas personas consideradas con alguna enfermedad mental. Surgió así el tratamiento moral, basado en tres principios: hablarle al enfermo con amabilidad, compadecerse de él y darle esperanza. Método que constaba de una hospitalización temprana, y ponía incidencia en una reeducación moral, a través del disciplinamiento y el control de los pacientes.

Esta reforma psiquiátrica es, para Foucault, una gran falacia debido a que:

No pretende liberar a los locos de un tratamiento inhumano, sino que lo que pretende es dominarlos mejor a través de un nuevo discurso más acorde con el nuevo discurso humanista ilustrado. Cambia el discurso legitimador, pero no así las prácticas institucionales (terapia moral), que apenas se ven modificadas. Se sigue encerrando desorden moral, pero se dice que se tratan desórdenes mentales. (citado en Martín & Bernal, 2009; p.18)

Ya en el siglo XIX, la locura pasa a ser objeto de estudio de la ciencia, el hospital comienza a cumplir funciones terapéuticas y el estado asume la función de garantizar la salud de los sujetos.

Paulo Amarante (2007) refiere que los aportes de Philippe Pinel fueron de tal envergadura que dieron inicio a la segunda reforma terapéutica, donde comienza un rechazo a la definición de enfermedad mental considerada en el modelo anterior como anormalidad bio-psíquica, para ubicarla en un contexto económico e histórico-social.

---

<sup>1</sup> Philippe Pinel (1745-1826). Fue un médico y filósofo francés, reconocido como el fundador de la psiquiatría, que propuso como principio fundamental para las personas con enfermedades mentales el tratamiento terapéutico moral. (Amarante, 2007, pág. 29)

Este movimiento critica principalmente a las instituciones totales, la psiquiatría tradicional y el uso de los psicofármacos. Como logro comienzan a plantearse modelos de salud comunitaria cuyo fin era la desinstitucionalización, que consistía en erradicar el encierro de las personas que sufren una enfermedad mental, confinadas en hospitales psiquiátricos, para darles una atención digna e integrada en la sociedad basados en modelos teóricos de calidad de vida.

El siglo XX se caracterizó por la influencia del psicoanálisis, la clasificación de las enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología y el inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental. En este sentido, lo social va a tener una fuerte influencia en los cambios de concepciones, prácticas e instituciones de lo que actualmente consideramos Salud Mental.

En este contexto, mencionamos el surgimiento del movimiento de la antipsiquiatría: “El término elegido buscaba apuntar a la idea de una antítesis a la teoría psiquiátrica, proponiendo comprender que la experiencia patológica ocurre no solo en el individuo, sino también, y especialmente, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad”. (Amarante, 2007, p. 53)

Este movimiento antipsiquiátrico, critica profundamente a la psiquiatría en lo que refiere a su marco teórico conceptual, ya que esta última al adoptar el mismo modelo de conocimiento de las ciencias naturales produciría un enorme equívoco metodológico. Laing (1988) por su lado, resumía en una pequeña frase el proyecto crítico de la antipsiquiatría: “lo que es científicamente correcto puede ser éticamente incorrecto” (p.42).

En el ámbito de la antipsiquiatría no existiría la enfermedad mental como objeto natural tal como lo consideraba la psiquiatría sino una determinada experiencia del sujeto en su relación con el ambiente social.

Por lo dicho anteriormente, cabe recalcar la existencia de dos paradigmas opuestos entre sí, que se fueron configurando históricamente y que aún coexisten. Por un lado, siguiendo al autor Menéndez (2003) el paradigma basado en el modelo médico hegemónico se caracteriza principalmente por el biologismo, haciendo referencia a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, excluyendo los procesos y factores históricos, sociales y culturales del denominado paciente.

Este modelo médico, excluye el saber del paciente, con un marcado discurso autoritario, reproduciendo una relación médico/paciente desigual y subordinada y con una marcada tendencia a la medicalización de los problemas.

En contracara al modelo anterior, se presenta el paradigma de derecho, que plantea “la posibilidad de entrelazar: la protección, el lazo social y los problemas sociales, como una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo” (Carballeda, 2012, p. 19).

Lo significativo de este modelo es que alude a la importancia de no reducir la idea de derecho a lo normativo, sino centrarse en el reconocimiento del sujeto como alguien individual con trayectorias y necesidades propias, que demanda ser escuchado y asistido integralmente frente a sus problemáticas complejas.

Como punto de partida en este paradigma, mencionamos la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en noviembre de 2010 y reglamentada en mayo de 2013, que reconoce a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (artículo 3).



Consideramos oportuno explicar qué concepción de Salud Mental sostenemos en este trabajo de tesis, que permita comprender el posicionamiento teórico y epistemológico al cual adherimos en torno a la temática seleccionada. Tomando los aportes de la autora Arito (2001) nos centramos en la relación sujeto-mundo, donde el sujeto va construyéndolo y a su vez se construye, mediante un entretejido de vínculos y relaciones sociales de interdependencia.

En base a este análisis de la relación del sujeto y sus condiciones concretas de existencia, es que entendemos a la Salud Mental desde el paradigma de la complejidad, considerando una multiplicidad de factores que operan al momento de concebir y abordar las condiciones subjetivas de salud de cada sujeto.

En este sentido, Salud Mental es considerado aquí como “un campo bastante polisémico y plural en la medida que trata del estado mental de los sujetos y de las colectividades que son condiciones altamente complejas” (Amarante, 2007, p. 34).

En base a esta concepción, se plantea que el campo de la Salud Mental no puede ser reducido a una cuestión meramente biológica que solo compete a disciplinas como la psiquiatría o la psicología, sino que el mismo requiere ser abordado desde lo multidisciplinar, donde se tengan en cuenta los procesos históricos, sociales y dinámicos que atraviesan el padecimiento subjetivo de cada persona.

Tomando los aportes del autor Carballada (2012) entendemos la importancia de comprender los padecimientos subjetivos desde la singularidad, centralizando la mirada en los propios actores. Es decir, se deben tener en cuenta las experiencias personales de cada sujeto, que se encuentra inserto en un contexto y cultura que van determinando y constituyendo su

subjetividad. Estas experiencias se incorporan de acuerdo a los modos de sentir y pensar que se reproducen en su entorno social.

## **Paradigmas en torno a la Niñez**

Analizamos los aportes de Piotti (2008), quien desarrolla dos paradigmas centrales que demuestran las diferentes formas de concebir a las niñas y los niños. Uno de ellos es el paradigma del Control Social de la Infancia, que refiere a esta franja etaria con el término *menores*, objeto de tutela, sometidos a corrección, subordinación y control del adulto; incapaces en diferentes sentidos siendo así que no tienen ningún tipo de participación en las decisiones que les afectan.

Desde esta concepción no se respetan las necesidades, aspiraciones, intereses y deseos de las niñas y los niños, atribuyéndole a los adultos responsables y a instituciones del Estado un poder casi absoluto sobre la Infancia.

Otro aspecto relevante que postula este pensamiento es la asociación de la criminalidad ligada a niñas y niños que viven en contextos de pobreza. En esta doctrina se evidencia como las leyes judicializan toda problemática de la infancia-adolescencia, cuyas intervenciones son clínicas y punitivas, asilan y aíslan a las niñas y los niños de su medio.

Por otro lado, el paradigma de la Protección Integral de la Infancia-adolescencia, realiza una propuesta fundamental al considerar a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, en contraposición a la denominación menores. Esta teoría propone incluir la universalidad de las categorías de las Infancias, y no solo centrarse en aquellas niñas y niños que se encuentran en

situaciones vulnerables o de extrema pobreza; sector social que según el paradigma anterior requiere de mayor control.

Otro elemento a destacar de este paradigma es la dimensión de la intersectorialidad, que propone una visión holística de la protección de las Infancias, donde los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, son considerados como interdependientes y complementarios.

Esta idea, supone una necesaria articulación de políticas e intervenciones para abordar las diferentes problemáticas, enraizadas en condiciones sociales y económicas determinadas. En este sentido, se puede hacer referencia a las posiciones diferentes que ocupan las niñas y los niños de acuerdo a su situación económica, social y cultural en su contexto familiar, como así también en lo correspondiente a lo educativo y a la salud.

Para comprender el pasaje del paradigma de Control Social al de Protección Integral, se debe tener en cuenta que en el año 2005 la sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 y derogación consecuente de la Ley de Patronato N° 10.903/19, implicó un cambio en lo referente a políticas de Infancia en nuestro país. En cuanto a la Ley N° 26.061 nos explayaremos respecto a la misma en el apartado de Marco Normativo Provincial, Nacional e Internacional en Salud Mental y Niñez.

Al retomar estas dos perspectivas, la autora Piotti (2008) argumenta:

Si bien a partir de la Ley de Protección Integral se reconoce a las niñas y los niños como sujetos sociales con autonomía y con derecho a la participación, dicha perspectiva está todavía lejos de aplicarse en las diferentes prácticas cotidianas del espacio social, predominando la doctrina del control social y de sometimiento a la voluntad del adulto, en

subordinación a lo que se dicta desde el poder del Estado, la escuela y la familia. (p.10)

En cuanto a las niñas y los niños de sectores vulnerables, que suelen convivir en contextos de insatisfacción de sus necesidades materiales, así como malos tratos, discriminación, marginalización, etc., son condiciones que agudizan su rol de víctimas de los dispositivos de control y criminalización estatal.

### **Marco normativo internacional, nacional y provincial en Salud Mental y Niñez**

En este apartado presentamos los aspectos normativos en materia de Salud Mental y Niñez, tanto a lo que compete a nivel internacional como a nivel nacional y provincial. Hacemos referencia a las medidas de carácter internacional debido a su importancia como antecedentes a las leyes surgidas en Argentina respecto a estas temáticas.

Para conocer la estructura normativa que históricamente se fue implementando en el campo de la Salud Mental, mencionamos a los organismos internacionales que influyeron en la formulación de políticas públicas y dieron pautas fomentando las intervenciones en esta área.

Validamos los aportes de las autoras Alegret y Urbano (2002) para analizar el rol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos organismos influyeron a lo largo de la historia en la formulación de políticas y legislaciones de los países latinoamericanos, ya que impulsaron las bases para la protección y promoción de los derechos de los sujetos, denominados en ese momento *enfermos mentales*.

“En 1990, la OPS/ OMS auspicia una conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, proponiendo una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y de carácter preventivo” (Alegret y Urbano, 2002, p. 151). Estos postulados fueron considerados el estándar internacional más completo respecto a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental y una guía para los Estados en la tarea de delinear y reformar los sistemas de Salud Mental.

Años más tarde, en 2001, otro hecho relevante fue que el Consejo Directivo de la OPS aprobó un documento técnico y una resolución, que instaba a los estados miembros a:

- Incluir la Salud Mental entre las prioridades de la salud pública.
- Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.
- Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de Salud Mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.
- Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas.
- Reforzar el enfoque multisectorial de la Salud Mental.

- Promover la participación familiar y comunitaria.

Ese mismo año, la OMS decidió lanzar una serie de iniciativas destinadas a colocar la Salud Mental en la agenda política global y darle una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas. La OPS se unió a estos esfuerzos de la OMS trabajando intensamente en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de Salud Mental y la promoción de los derechos humanos.

Este marco internacional, permitió cambios significativos en el modo de ver y generar las prácticas de intervención en el campo de Salud Mental. Consecuentemente, en Argentina, tras un largo período de lucha por parte de movimientos de derechos humanos y diferentes actores de la sociedad civil, se logró la sanción de leyes, a desarrollar en el próximo apartado, que tomaron estos parámetros establecidos por los organismos internacionales para darle una nueva perspectiva a las prácticas profesionales.

En cuanto a la Niñez, mencionamos a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), instrumento jurídico emanado de la Asamblea de las Naciones Unidas en 1989, que forma parte del denominado Derecho Internacional de Derechos Humanos.

La creación de la misma implicó la formalización, a nivel jurídico internacional, de una nueva doctrina, que analizaremos como la “Protección integral de la niñez y adolescencia”, desde el punto de vista de las políticas públicas, sociales, jurídicas, judiciales y criminales. “Opera como un ordenador de las relaciones del niño, el Estado y la familia, que se estructura a partir del reconocimiento de derechos y deberes recíprocos” (Villagra, 2015, p. 23).

En Argentina, con la reforma constitucional de 1994, se le otorga jerarquía constitucional a una serie de tratados Internacionales sobre esta materia, entre ellos la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. (Villagra, 2015, p. 18)

Villagra (2015) argumenta que el Estado argentino, reconoce a la CDN como el cuerpo legal que marca históricamente un antes y un después, en lo que respecta al compromiso que el país asume en materia de derecho en la Niñez. La Convención plantea la necesidad de respetar, proteger y realizar todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes sin excepción alguna, resaltando el rol de la familia como proveedora de protección, cuidado y crianza, donde la intervención estatal se limite sólo a circunstancias excepcionales.

Consideramos que la Convención además de ser un instrumento jurídico de un amplio valor representativo en materia de derechos, representa un paradigma, una mirada holística que se propone incidir en las prácticas cotidianas de la sociedad, en el imaginario, en las representaciones sociales y no solo en la formulación de políticas estatales.

## **Leyes de Salud Mental y Niñez en Argentina**

Aquí analizamos las leyes referentes al campo de la Niñez y Salud Mental, haciendo mención a la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental.

La Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 “*tiene por objeto la protección integral de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute*

*pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte” (2005, Artículo 1).*

La misma, propone como eje estructural preservar el interés superior del niño, entendiendo a éste como:

*La máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley. Debiéndose respetar: a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tomada en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida, se lo entiende como el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia. (Ley N° 26.061, 2005, artículo 3).*

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010, es uno de los principales estratos legales que otorga garantía respecto al reconocimiento y protección de los derechos en el campo de Salud Mental. Esta reglamentación instituye “*asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimientos mentales que se encuentran en el territorio nacional*” (artículo 1). Esta representó una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prácticas asilares que caracterizan el modelo de atención hegemónico en las instituciones y servicios de Salud Mental.



Se entiende a la Salud Mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas”* (Ley Nacional N° 26.657, 2010, artículo 3).

La misma posee un carácter interdisciplinario en su modalidad de abordaje, caracterizándose además por la definición de equipos de salud, una orientación comunitaria y trabajo intersectorial. Con respecto a las internaciones se establecen los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia, periodicidad de los informes a cargo de las instituciones asistenciales y la prohibición de crear nuevos manicomios.

En razón a lo antes dicho, la Ley N° 26.657, desde un paradigma basado en los derechos humanos, comienza a considerar a las personas con padecimientos como titulares de derechos con capacidad para ejercerlos plenamente según sus condiciones subjetivas. Se propone como eje principal garantizar los derechos desde un enfoque comunitario, contribuyendo a la integración y la plena inclusión de las personas con padecimiento mental en la comunidad.

En noviembre del 2010 se crea la Ley N° 9.848 de Protección de la Salud Mental de la provincia de Córdoba, la cual tiene como objeto garantizar en este territorio provincial la vigencia del derecho humano a la Salud Mental de todas las personas. Plantea además que no podrán crearse nuevos manicomios o instituciones monovalentes públicos o privados, de internación prolongada.

Se propone promover y garantizar la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de Salud Mental en hospitales generales con y sin internación, atención domiciliaria en Salud Mental en la comunidad, servicios de emergencia en Salud Mental, centros de Salud Mental en la comunidad, hospitales de día, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, talleres artístico culturales, programas de seguimiento de pacientes, acompañamiento terapéutico, abordaje y acompañamiento familiar.

En esta Ley se prioriza el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo que en casos excepcionales no lo permita el equipo de salud interviniente, por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Sin embargo, en la plenitud de la vigencia de estas leyes, consideramos que en la actualidad existe un gran abismo entre el contenido normativo de estas ordenanzas y la realidad de su aplicación a través de diversas políticas y prácticas institucionales, que garanticen el cumplimiento de esta idea de integridad y promoción de derechos que se intenta reflejar en estas normas.

Nos afirmamos en esta idea, según lo propuesto por los autores Buriyovich y Ase (2016), quienes consideran una serie de deficiencias en las aplicaciones de estas políticas de estado, tanto a nivel nacional como provincial, que se evidencian en cuestiones como la falta de recursos presupuestarios, ineficacia en los mecanismos de coordinación intersectorial e interjurisdiccional.

## **Políticas Sociales de Salud Mental en Argentina**

Al identificar las políticas de Salud Mental como parte de las políticas sociales, consideramos necesario definir estas últimas, tomando la conceptualización de la autora Danani (2009):

Como aquellas intervenciones sociales del Estado que producen y moldean las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales. A su vez, dichas políticas sociales son estructuradas por múltiples agentes provenientes de diferentes esferas, siendo los procesos de interacción y negociación entre ellos, sus ideas, representaciones sociales y sus prácticas de intervención, los que inciden sobre las mismas (p. 9).

Utilizando los aportes del autor Alberdi (2003) de su texto *Reformas y contrarreformas: políticas de Salud Mental en Argentina*, realizamos una reconstrucción del proceso histórico de las políticas de Salud Mental en Argentina, mencionando las principales reformas y los respectivos actores involucrados.

Los factores y las condiciones que posibilitaron la emergencia de las políticas de Salud Mental y la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestro país a mediados del siglo XX, fueron múltiples, entre ellos podemos mencionar:

- En el plano político económico el país estaba asistiendo a la denominada reformulación desarrollista.
- En el plano de la salud pública ganaba espacio el dispositivo sanitarista.
- También se ubica la propia presión de los profesionales miembros de la corporación psiquiátrica por una mejora de las condiciones de trabajo y por participar de la modernización hospitalaria.

- Se resalta el efecto difusión de las políticas de reforma de los países centrales como las medidas tomadas por la OMS.
- Y el papel que la psicología ejercía como nuevo recurso humano para la renovación psiquiátrica.

En relación a estas condiciones mencionadas, puntualizamos en algunos hechos históricos para comprender el plano de las políticas de Salud Mental en nuestro país.

Postula Alberdi, que el desarrollismo como estrategia de gobierno, se da a partir del golpe militar de 1955. Fue un cambio político que expresaba la necesidad de un cambio económico en relación a las transformaciones que se operaban a nivel mundial. Siguiendo las teorías de la modernización, el desarrollismo proponía que para pasar de la sociedad tradicional a una sociedad moderna era imprescindible una política intensiva de industrialización.

Miani (2013) en su ponencia *Políticas de Salud Mental en Argentina* menciona, respecto al desarrollismo:

En el plano político-económico se daba una centralidad del desarrollo industrial y las leyes de inversión extranjera. Mientras que, en el plano de la salud pública, el propósito central era la reforma de la estructura administrativa sanitaria y la mejora de las condiciones laborales ante la propia presión de la corporación psiquiátrica (p. 5).

Respecto al Sanitarismo, alude Alberdi (2003), que el mismo venía a plantear la necesidad de instrumentación dentro de la salud pública. Esta concepción se cristaliza con el proyecto desarrollista y alcanza su máximo potencial durante el gobierno militar que se instaura en 1966 y que pretende llevar adelante la modernización del capitalismo argentino.

Un hecho significativo de mencionar, es la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en 1957, como una de las primeras instituciones que participaron en este proceso de modernización. El mismo debía cumplir una descentralización ejecutiva en los organismos de jurisdicción nacional, para reformular las condiciones de asistencia en las colonias y los hospitales psiquiátricos.

En cuanto a los objetivos específicos de esta dinámica en Salud Mental, se reconocían como finalidades fundamentales las siguientes: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover las investigaciones científicas en la materia, prestar asistencia integral a las personas que padecen afecciones psiquiátricas y prestar asesoramiento técnico y financiero a todos los organismos que la soliciten.

Se destaca la constitución de la Federación Argentina de Psiquiatras en 1959, en el marco de la reunión de Asociación Latinoamericana de Psiquiatría. Entre las principales reivindicaciones a las cuales apelaba este movimiento, se encuentra la racionalización de los servicios psiquiátricos, la mejora de las condiciones de asistencia y la humanización, conjugando al tiempo un proyecto de renovación profesional como parte de sus objetivos corporativos.

En cuanto al efecto difusión de las políticas de reforma de los países centrales, fueron fundamentalmente los modelos de reforma inglesa y norteamericana, quienes influenciaron directamente los intereses que movilizaban a los actores que fuimos mencionando con anterioridad (INSM, Movimiento Psiquiátrico).

Alberdi destaca, que en el periodo de los 60 la psicología se configuraba como central en las prácticas, así como en los ideales terapéuticos que se promovían, principalmente el psicoanálisis en la Salud Mental.

En este punto, es importante resaltar cómo estas reformas entrarían en tensión con la psiquiatría tradicional que prevalecía en el modelo de Salud Mental en Argentina, ya que esta última se resistía al proyecto de transformación concebido para ella, es decir la evolución de las políticas de reforma dentro de la lógica desarrollista irían marcando sus avances y retrocesos.

Sin embargo, en 1966, es que se registraba un nuevo ensayo militar con el gobierno de facto de Onganía, quien paradójicamente potenciaría el proceso de radicalización de las reformas del proyecto desarrollista. Esta coyuntura se caracterizó por la división de funciones ministeriales para hacer frente a los problemas sanitarios en dos secretarías: la de seguridad social y la de salud pública.

Este contexto no solo trajo aparejada la interrupción de la vida democrática, sino que implicó también para el mundo académico la pérdida de la autonomía universitaria, la supresión de las carreras de psicología, el desmantelamiento de sus planteles docentes por cesantía y la desaparición de muchos de sus profesores.

Con el terrorismo de estado instaurado en el año 1976, cualquier propuesta de cambio en el sector de la Salud Mental quedó aletargada. Fue un contexto caracterizado por prácticas autoritarias, centradas en la medicalización y con una concepción de la enfermedad mental vinculada a la peligrosidad e irrecuperabilidad, donde se implementaron políticas con un fuerte criterio custodial y de control social.

Situándonos en la década del 80, con la reapertura democrática, se propuso: la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud, la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos, el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-

Salud y el incremento de presupuestos para ello. A su vez, muchas provincias crearon en sus propios hospitales, programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes.

Con el menemismo en 1990, se desarrolló un proceso de retracción y desmantelamiento de las instituciones de bienestar social, procediendo a una política “de estado mínimo” para la gestión pública, ajustándose a las propuestas de los organismos internacionales de apoyo financiero.

Burijovich y Ase (2016), destacan que las reformas pro-mercado de finales del siglo XX, provocaron efectos de largo plazo sobre la estructura estatal que le imposibilitaron recuperar, de manera inmediata, algunas de sus funciones y responsabilidades perdidas. En el marco de la hegemonía del pensamiento neoliberal, el Estado dejó de ser considerado como garante de los derechos sociales; su responsabilidad se circunscribió a ofrecer servicios mínimos a los más pobres en forma compensatoria y transitoria.

Concluimos este apartado, considerando la importancia de que el Estado reivindique sus capacidades para llevar a cabo políticas sociales hacia un proyecto de inclusión social, que haga eje en la singularidad de cada sujeto, especialmente teniendo en cuenta la heterogeneidad de la pobreza, proponiéndose un horizonte reparador, estratégico e integrador. En definitiva, políticas de Salud Mental orientadas hacia una lógica de recuperación de los derechos sociales.



## CAPÍTULO 2: CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO INSTITUCIONAL



En el comienzo de este capítulo abordamos al trabajo social y sus funciones en el interior del campo de Salud Mental, resaltando la importancia de la profesión en el área de la interdisciplina. Además, realizamos una breve descripción de las problemáticas que atiende el Centro Integral Infante Juvenil, mencionando los principales factores que se constituyen como causantes de dichas problemáticas y cómo las mismas se manifiestan en múltiples padecimientos en las niñas y los niños.

Además, en este segundo momento, caracterizamos el escenario institucional en el cual nos insertamos, relatando aspectos sobre su configuración histórica, su estructura normativa, líneas de acción, aquellos programas y políticas que se visibilizan en el contexto mediato institucional y fundamentalmente, destacamos el posicionamiento teórico y metodológico al cual adhiere el mismo a la hora de implementar estrategias de intervención.

Posteriormente, interiorizamos sobre aquellos aspectos que conciernen a las prácticas cotidianas dentro del escenario institucional, las relaciones con el entorno y haciendo referencia sobre aquellos obstáculos y limitaciones del contexto que repercuten en el ejercicio de los abordajes institucionales.

## **Trabajo social y la interdisciplina en el campo de la Salud Mental**

“Trabajo Social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación, malestar y desigualdad de la sociedad, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos producidos por dicha fragmentación.” (Carballeda, 2012, p. 1).

El Trabajo Social, añade el autor, en su construcción histórica como disciplina, se funda dentro de un paradigma vinculado con la resolución de las necesidades sociales de determinadas poblaciones. Sin embargo, a lo largo del tiempo, la disciplina por sus aportes teóricos y su participación en cuestiones que van más allá de la necesidad, hizo que desde la intervención se actúe también sobre los problemas sociales.

Tenti Fanfani (2002), afirma al respecto: “[...] la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos” (p. 2). Es decir que la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, exigen abordajes integrales donde confluyen los conocimientos de diversas disciplinas.

Desde la propuesta anterior, entendemos la envergadura de la interdisciplina como una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy; comprendiéndola “como intercambio y cooperación [...] como integración de métodos y conceptos entre las ciencias sociales y las ciencias naturales para abordar de manera integral y holística el objeto de intervención”. (Cifuentes, 2011, p. 27)

La interdisciplina se incorpora formalmente al campo de la Salud Mental, a partir del cambio de paradigma instituido con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Dicho marco normativo legitima la interdisciplinariedad del trabajo en Salud Mental, promoviendo la ejecución de diagnósticos, tratamientos, intervenciones y abordajes mediante la integración de saberes de distintas disciplinas como psicología, psiquiatría, psicomotricidad, enfermería, trabajo social, entre otras.

Para referirnos específicamente al Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, nuestra disciplina atravesó procesos de disputas y conquistas para alcanzar un rol legitimado dentro de los equipos de salud interdisciplinarios. Compartimos los aportes de las autoras Madeira y Fernández (2011), quienes consideran que actualmente la intervención de nuestra profesión al interior del campo de la Salud Mental, debería proponerse los siguientes principales ejes:

Promover una mirada integral de la situación planteada, generar un espacio de escucha y contención, favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos con los que se trabaja, generar estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación demanda, propiciar la articulación intra e interinstitucional, viabilizar la construcción de alternativas y/o estrategias intersectoriales de intervención. (p. 16)

En síntesis, es de radical importancia que como trabajadores sociales, al encontrarnos ante realidades variadas y complejas, formulemos estrategias desde una concepción de salud que comprenda a las personas de manera integral, es decir considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primaria y secundaria, sus recursos personales (educación, vivienda, trabajo, capital cultural, vínculos, etc.) la relación con su cuerpo y las formas de cuidarlo, así como la relación con el sistema de salud.

## **Abordajes de las problemáticas de Salud Mental Infanto-Juvenil**

El Centro Integral Infanto-Juvenil es receptor de múltiples demandas vinculadas a problemáticas sociales complejas en torno a las Infancias, problemáticas que pueden derivarse de

diferentes causales del contexto sociocultural donde se desarrolla la cotidianeidad de las niñas y los niños.

Carballeda (2007) refiere a que las problemáticas sociales son complejas debido a que se encuentran en constante movilidad y permanente metamorfosis, sobrepasando la especificidad de cada institución, de allí la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos atravesados por múltiples lógicas.

Algunas circunstancias prevalecientes en los contextos familiares de las niñas y los niños que asisten al Centro Integral pueden ser: situación socioeconómica de vulnerabilidad, red familiar poco continente, antecedentes de violencia familiar, historia familiar de abusos y maltratos, y en cuanto a las experiencias del contexto social: bullying, discriminación, actitudes desinteresadas por parte de las instituciones respecto a las circunstancias de cada niña y niño. Aclaremos que dicha información fue obtenida de entrevistas, fuentes estadísticas realizadas por el equipo profesional del Centro y el registro de nuestros cuadernos de campo.

Siendo así que las problemáticas que se abordan en el Centro Integral de modo recurrente en las niñas y los niños, se manifiestan en dificultades de aprendizaje, conductas violentas, baja autoestima, aislamiento, dificultades para integrarse y para realizar actividades escolares.

Además de las problemáticas anteriormente mencionadas, se solicitan tratamientos para niñas y niños que poseen padecimientos derivados del plano de la psiquiatría infantil: psicosis, TGD - Trastorno Generalizado del Desarrollo-, esquizofrenia, trastorno bipolar, síndrome de Asperger, entre otros.

## **Centro Integral Infanto Juvenil: Trayectoria histórica, estructura organizacional y normativa**

El Centro Integral Infanto-Juvenil, dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, es una organización destinada a la atención de la Salud Mental de niñas, niños y adolescentes de 0 hasta los 13 años de edad, principalmente aquellos provenientes de la zona sur de Córdoba.

El Centro se sitúa en el ex Hospital San Roque, calle Rosario de Santa Fe, esquina Salta. La institución, en lo referente a su infraestructura, cuenta con sala de espera, oficina de recepción, sala de profesionales, salón de grupos y 5 consultorios.

Durante el año 2004, a partir de una estadística realizada por profesionales que formaban parte de una residencia de salud familiar, se determinó que un amplio porcentaje de niñas, niños y adolescentes de la población de la capital de Córdoba, no recibían asistencia en Salud Mental. Motivo por el cual, crearon un informe en razón de demostrar la severa preocupación por la escasa disponibilidad de centros orientados a la atención de la población entre 6 y 12 años.

En el transcurso del 2005, finalmente se da inicio a un proyecto vinculado a la Salud Mental en la Infancia, surgiendo de esta manera el Centro Integral Infanto-Juvenil, que proponía como plataforma principal la psico-asistencia con una fuerte impronta de promoción y prevención en Salud Mental dirigida a la población mencionada.

La implementación de la Ley N° 26.061, antes mencionada, fue otro acontecimiento que promovió la creación del Centro Integral. Resulta importante indicar cómo las disposiciones y criterios contenidos en la Ley orientan las modalidades de abordaje institucional, considerando que las intervenciones se focalizan en la población infantil y sus vivencias, distinguiendo cuáles

son sus derechos vulnerados, siempre en el marco de una comprensión social y dando significación a lo subjetivo de cada niña y niño.

El Centro Integral es una institución monovalente dentro del segundo nivel<sup>2</sup> de atención de salud, que posee un tipo de modalidad ambulatoria. En cuanto a equipo de profesionales, cuenta con: 1 psicopedagoga, 1 psiquiatra, 1 psicomotricista, 1 trabajadora social, 6 psicólogas, 5 residentes y 2 secretarías que se encuentran en el área administrativa.

En lo que respecta a la estructura normativa del contexto institucional, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de “Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” N° 26.061, que ya mencionamos en el capítulo anterior, atraviesan a grandes rasgos su accionar diario, indicando así que en momentos las mismas pueden entrar en tensión, debido a que la ley que refiere a Niñez no dice de manera significativa en relación a la Salud Mental y la de Salud Mental dice muy poco de Niñez, siendo que solo desarrolla gran énfasis en lo que respecta a la persona en su condición de adulto.

Otro recurso normativo que utiliza el Centro Integral es la Ley Provincial N° 25.504 De Certificado Único de Discapacidad (CUD), que a través de su regulación permite el acceso a una diversidad de recursos y beneficios necesarios para viabilizar los tratamientos y abordajes. Identificamos de esta manera, como a las niñas y los niños para acceder a determinadas prestaciones, tratamientos y recursos, se les solicita en amplias oportunidades como requisito un certificado de discapacidad. Este último, aparece como una estrategia para gestionar con menor dificultad los insumos vinculados a los tratamientos.

---

<sup>2</sup> Hace referencia a que realiza abordajes dirigidos a una sola especialidad, es decir problemáticas en Salud Mental Infante Juvenil.

A nivel nacional, el Centro Integral trabaja con el área de discapacidad mediante Programa Federal de Salud (PROFE) implementado por el Ministerio de Salud de la provincia, que tiene como objetivo prestar servicio de salud a los beneficiarios de pensiones no contributivas. Dentro de este Programa impulsado por la Ley 24.901<sup>3</sup>, funcionan un conjunto de prestaciones médicas y de asistencia destinadas a atender a la población de Pensionados por Invalidez.

En provincia articula con el área de discapacidad a través de Programa de Servicios a las Personas con Discapacidad (PROSAD) promovido por la Ley Provincial N° 8.501<sup>4</sup>, que tiene como objetivo general garantizar el acceso de prestaciones básicas a través de ayudas económicas a personas con discapacidad sin obra social y sin recursos económicos suficientes, que residan en forma permanente en la provincia de Córdoba. Cubriendo las siguientes prestaciones: centro educativo terapéutico, centro de día, rehabilitación, cuidador domiciliario, acompañante terapéutico, transporte especial, transporte escolar, etc.

Otro organismo con el cual se realizan intervenciones es la Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), del Poder Ejecutivo de la Provincia de Córdoba para desarrollar políticas públicas que permitan dar cumplimiento a la Ley Nacional 26.061, a la que adhirió la provincia con la Ley 9.396, en el año 2007. Aclarando de esta manera que la articulación desde el Centro Integral se da mayoritariamente con el nivel provincial de SENAF.

El Centro Integral, se entrecruza con otros actores sociales con los cuales media y se relaciona debido a una diversidad de intereses, ya sea para la gestión de recursos, abordaje de casos, prestaciones, etc. Estas articulaciones se establecen con instituciones de primer nivel como de

---

<sup>3</sup>La ley de “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad” instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

<sup>4</sup>Adhesión a la Ley Nacional 22.431 “Protección Integral de las Personas Discapacitadas”

segundo nivel de salud, también con los centros educativos, y otras instituciones tales como Centro de Investigación y Estudios Clínicos (CIEC).

En el Centro Integral los abordajes se configuran interdisciplinariamente, involucrando la participación del conjunto de profesionales. Bajo esta línea de trabajo generalizada el equipo va conformando sus estrategias de intervención, articulando además a nivel interinstitucional e intersectorial.

### **Líneas de acciones institucionales para brindar atención en el Centro Integral**

Las diferentes líneas de acción institucionales que mencionamos a continuación, se encuentran ordenadas estratégicamente dentro de la institución, de tal manera que permitan prestar un servicio conforme la complejidad de cada demanda que se presente:

- **La Recepción:** hace referencia al primer acercamiento a la problemática por la cual una familia asiste al centro, instancia en donde se toma conocimiento de la situación de cada niña y niño, para luego evaluar si va a ser tomada o derivada a otra institución pertinente. Este momento se desarrolla en la mesa de entrada donde se presentan las consultas por parte de las personas, telefónica o personalmente, convirtiéndose en el primer contacto con la institución.
- **Admisiones:** Instancias de las primeras entrevistas llevadas a cabo por el equipo técnico de profesionales conformado por una trabajadora social y una psicóloga. Aquí se da comienzo a un proceso de evaluación de la situación particular, a partir de la cual también se puede determinar si tal demanda es pertinente a un abordaje desde el centro o si la misma será derivada a otra institución.



- Tratamientos: Es el proceso que se inicia luego de la admisión, partiendo de un diagnóstico presuntivo desde el cual se continuará evaluando cada situación particular. Esta instancia brinda dos tipos de tratamientos, por un lado, se encuentra el trabajo del terapeuta con el niño como el método más reconocido tradicionalmente, al cual se denomina como abordaje individual, llevado a cabo principalmente por profesionales de la psicología. El objetivo de este tratamiento consiste en un abordaje psicoanalítico implementado de acuerdo a la particularidad del padecimiento y de la situación intrafamiliar. Por otro lado, se realiza un abordaje grupal, que consiste en una intervención con las familias con el objetivo de alcanzar mayor integralidad, el mismo es llevado adelante por una psicóloga y la trabajadora social, generando una coordinación interdisciplinaria. Este tratamiento se combina con el dispositivo individual para formular la alternativa terapéutica más conveniente a cada situación particular.
- Grupos terapéuticos: consisten en una serie de talleres con un marcado enfoque terapéutico que acompañan y contribuyen a los objetivos de los tratamientos. Surgen para fortalecer la idea de tratar a las niñas y a los niños como tales a través del juego y actividades recreativas, generando espacios agradables y gratos. En sus inicios las dinámicas de los talleres eran de música, teatro y arte, y en la actualidad estos fueron transformados en 3 talleres distintos: taller de revista, taller Recreanza y el taller Recreate destinado al desarrollo de habilidades sociales para niñas y niños.

De acuerdo con los discursos de profesionales entrevistados, entre ellos la trabajadora social y una psicóloga, el centro institucional situado desde el paradigma de la complejidad y desde un enfoque de Derechos Humanos, apunta de manera prevaleciente a la interdisciplinariedad, el

trabajo en red, el enfoque integral de la salud, y el abordaje de la niña y el niño en su contexto familiar, incluyendo a las mismas en el proceso de tratamiento.

En definitiva, se intenta abordar las situaciones problemáticas que se le presentan, desde los principales factores familiares y sociales que las configuran, teniendo en cuenta las condiciones sociales, geográficas y recursivas de cada grupo familiar que solicita atención.

Además, el desempeño institucional se encuentra gravemente condicionado debido a la falta de recursos financieros, humanos y materiales, situación que cotidianamente genera tensiones y dificultades en el accionar. Otro factor obstaculizante es que no cuenta con personería jurídica, lo que impide el acceso a determinados beneficios como puede ser la formación de una cooperativa o recibir contribuciones desde el ámbito privado.

Y por último, reflexionamos respecto a la fragmentación institucional del viejo Hospital San Roque<sup>5</sup> donde se encuentra el Centro Integral, dado que ya no existe como hospital general, sino que prevalece como un establecimiento que aguarda múltiples especialidades médicas que funcionan de modo autónomo entre sí, y que no tienen vinculación alguna.

En definitiva, estas diferentes áreas de salud comparten la infraestructura hospitalaria, pero cada cual tiene su propia competencia, jefatura y dirección, llevándolos así a una escasa intercomunicación, coordinación y cooperación, que les permita trabajar de manera conjunta y con propósitos en común.

---

<sup>5</sup>Actualmente existe un nuevo establecimiento que cumple las funciones de hospital general, denominado “Nuevo Hospital San Roque”





Al partir este capítulo, hacemos mención al porcentaje de población infantil que se encuentra en condiciones de pobreza en nuestro país, con una breve aproximación a las situaciones de desigualdad y de vulneración de derechos que atraviesa esta franja etaria.

Posteriormente nos encuadramos en aquellas significaciones sociales ligadas a la Niñez, principalmente en el entorno familiar y el contexto escolar. Tales identificaciones nos permiten hacer un análisis sobre un conjunto de disposiciones impuestas en la subjetividad de cada niña y niño por parte del estrato adulto. Asimismo, medicalización y patologización, son otras temáticas necesarias de profundizar en este apartado, por su implicación y atravesamiento en los contextos de vida de las Infancias de hoy.

Previo a la caracterización de los sujetos de intervención, nos detenemos en la intervención del trabajo social, sobre la manera en cómo nombramos a los sujetos de nuestra intervención, siendo estas consideraciones, constitutivas de las acciones que llevamos a cabo.

Para concluir este capítulo nos centraremos en caracterizar a las niñas y los niños que asisten al taller Recreate como sujetos de intervención, mencionando además a aquellos actores que son necesarios para el análisis de sus condiciones de existencia como las familias y las escuelas.

## **Una aproximación a la realidad actual de la población infantil en nuestro país**

Un estudio de UNICEF <sup>6</sup>que mide la pobreza multidimensional, concluye que el 48% de los niños, niñas y adolescentes en Argentina son pobres. Esta metodología toma en cuenta diferentes dimensiones, desde el acceso a una vivienda adecuada hasta la escolaridad.

Estas dimensiones que vulneran los derechos en la Infancia y adolescencia y determinan situaciones de pobreza son: educación, protección social, vivienda adecuada, saneamiento básico, acceso al agua segura y un hábitat seguro. Los datos revelan que la pobreza entre las personas menores de 18 años alcanza un valor de 48% y se sitúa 10 puntos por encima de la población en general (38%): esto es 6,3 millones de niñas y niños se encuentran vulnerados en el ejercicio efectivo de sus derechos.

Estos aspectos desarrollados sobre las condiciones de desigualdad y privación de los derechos de gran parte de la población infantil en nuestro país, evidencian cuál es el lugar al que están relegados las niñas y los niños. Consideramos que estas condiciones se perciben en el imaginario social con total naturalidad, situación que no nos escandaliza, sino que se lo atribuye al paisaje de lo cotidiano.

Las condiciones de desigualdad en las Infancias, representan el escaso reconocimiento como sujetos de derecho, o el lugar de olvido y desinterés que ocupan las niñas y los niños “en una sociedad que no ha renunciado al adultismo etnocéntrico y tiene representaciones y prácticas contrapuestas, en un imaginario social producido con otra concepción de infancia”. (Piotti & Lattanzi, 2007, p. 2).

---

<sup>6</sup>Estudio realizado por el organismo Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2006, Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/>

## **Familia y escuela: como espacios significativos en la construcción de la subjetividad en las Infancias**

La autora Arcila (2009), quien retoma los aportes de Vygotsky, plantea que el entorno es crucial para el aprendizaje durante la Niñez, el mismo produce factores sociales y personales a través del cual niñas y niños desarrollan sus facultades. En este contexto aparecen dos grandes instituciones de socialización importantes de caracterizar como son la familia y la escuela.

Siguiendo a la autora De Jong (2009), la familia es el primer lugar en el que aprendemos a relacionarnos con el mundo y donde construimos las bases de nuestra subjetividad. En las representaciones familiares construidas en este contexto, operan patrones hegemónicos impuestos socialmente a partir de leyes, normas, costumbres y valores predominantes donde interjuegan la experiencia individual, familiar y social de cada sujeto.

Hablar de familia hoy, añade la autora, significa centralmente poder entender la complejidad en la que se van construyendo los vínculos familiares en la tensión de una sociedad diversificada y desigual, entendiendo los procesos de integración y desintegración, de igualdades y desigualdades que atraviesan las familias.

En definitiva, consideramos la importancia de la familia como primera agencia de socialización, transmisora cultural y social, donde se forman los sentimientos, actitudes y los valores, es decir, que aquí las niñas y los niños adquieren sus primeras capacidades intelectuales y sociales.

“Como plantea Castell, la familia se vuelve más vulnerable porque se debilitan los soportes relacionales y por lo tanto muchas veces es incapaz de contener los conflictos de sus miembros ante la imposibilidad de la autosustentación demandada.” (De Jong, 2009, p. 12).

En correlación, este debilitamiento de las relaciones y la imposibilidad de resolver problemáticas intrafamiliares, pueden ocasionar el surgimiento de enfermedades psicosociales como el miedo, la depresión y la angustia, como así también ampliar las posibilidades de consumo problemático de sustancias y alcohol.

En este sentido, convivir y desarrollarse en tramas de violencia intrafamiliar, red familiar poco continente, con historias de maltratos, suicidios, abusos, etc., pueden desencadenar profundos daños y efectos en la integridad de las niñas y los niños.

Estas condiciones familiares atravesadas por las problemáticas antes dichas, son fundamentales para comprender los contextos en los que se encuentran insertos las niñas y los niños de nuestra experiencia de intervención, quienes relataban durante los encuentros diversas situaciones cotidianas de violencia, malos tratos, discriminación, bullying, etc. hechos que asociamos a la vulneración de sus derechos y como un denominador común en sus condiciones de vida.

En cuanto a los sistemas educativos, estos son un producto de la modernidad y surgen asociados al conjunto de instituciones y procesos que son propios de ese momento histórico. La autora Tiramonti (2007), plantea que, se constituye la escuela con el fin de socializar a las nuevas generaciones en los principios, los valores y las reglas del nuevo orden moderno, de modo que éste fuera internalizado y naturalizado.

Otra función fundamental que cumple la institución escolar, es que “contribuye en los procesos de conformación de la ciudadanía, al actuar como dispositivo que incorpora a la población a un determinado sistema de creencias y representaciones del espacio de lo nacional y del sentido de pertenencia al mismo” (Tiramonti, 2007, p. 9).



En este sentido resaltamos el rol protagónico que históricamente ha tenido la escuela en la vida de las niñas y los niños, ya que desde el momento en que transitan por ella, esta aporta al disciplinamiento, impulsando determinadas conductas y costumbres en sus destinatarios.

Sin embargo, resulta importante hacer mención de las falencias que atraviesan al sistema educativo y cómo estas repercuten en las condiciones particulares de las Infancias, principalmente en aquellos que tienen algún padecimiento.

En cuanto al rol de la escuela en la actualidad, Vogliotti (2007) añade lo siguiente:

la institución escolar mediante una lógica excluyente y basada en una pedagogía unidireccional es incapaz de fomentar procesos de participación entre sus agentes, donde los destinatarios de educación son poco considerados en los procesos de enseñanza-aprendizaje y encontrándose ampliamente cerrada en sus muros. (p. 19)

La escuela, en términos generales, tiende a posicionarse desde un marco burocrático y excluyente, exigiendo la adaptación a sus pautas institucionales, disminuyendo de esta manera la importancia de las condiciones singulares de cada niña y niño, suponiendo que los sujetos son iguales en sus trayectorias, tendiendo a una homogeneización de sus capacidades, lo que dificulta aún más los procesos de integración y de aprendizaje de la población infantil con padecimientos subjetivos.

Durante el taller, identificamos que independientemente del diagnóstico de cada niña y niño, predominaban entre los mismos las dificultades de aprendizaje y de adaptación a las exigencias educativas. En algunos casos, las demandas escolares giraban en torno a los inconvenientes que tenían para integrarse al ritmo escolar, solicitando la intervención de las profesionales en Salud Mental.

En esta misma línea, Untoiglich (2014) considera que centrar el problema en las Infancias, oculta las dificultades que podrían estar existiendo en diferentes espacios, como es el caso de la inadecuación del sistema educativo a la existencia de capacidades diferenciales, donde con frecuencia, aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta en esta franja etaria.

A partir de esta idea, afirma la autora que:

Los discursos imperantes de los profesionales de la educación, hacen creer que la escuela y la sociedad, son -víctimas de niños inadecuados, anormales, enfermos-, sin cuestionarse si existe alguna relación entre la creciente cantidad de -supuestos trastornos- en la población infantil y la inadecuación del sistema escolar. (Moyses & Collares citado en Untoiglich, 2014, p. 23)

A partir de lo mencionado sobre la escuela, consideramos necesaria una apuesta a una educación anclada en nuevos procesos de trasmisión y adquisición de valores y aprendizajes, donde el trabajo educativo abandone la noción de perfiles estereotipantes y se aboque a la atención de las particularidades de cada sujeto, contemplando nuevas estrategias para que las niñas y los niños encuentren sus maneras de elaborar, construir y modificar recorridos propios.

## **Constitución subjetiva de las niñas y los niños**

Cada niña y niño llega a constituirse en un sujeto como resultado del proceso de socialización, es decir, a partir de la interacción con el exterior construye su propio mundo interno; al estar inserto en un mundo social con pautas culturales y un lenguaje para comunicarse, se conforma en relación con los otros comenzando por sus adultos referentes.

Janin (2018) afirma que, durante la Infancia, debido a la poca experiencia para afrontar las situaciones, en un mundo en el que fantasía y realidad se superponen, las niñas y los niños van

armando su propia subjetividad. Encontrándose sujetos a las pasiones de sus padres, pero también a sus ideales, a sus triunfos y a sus desdichas cotidianas.

Además, la autora sostiene que antes del nacimiento, hay deseos, proyectos e ideales que involucran a las niñas y los niños, razón por la cual la historia familiar tendrá incidencia, debido principalmente a que cada familia trae modos de crianzas que se forjaron en historias de varias generaciones. La familia ejerce un efecto estructurante sobre cada niña y niño, quienes reorganizan e incorporan como pueden estas vivencias.

Los responsables de la crianza cumplen funciones esenciales, en tanto que son los encargados de transmitir el lenguaje, significar sonidos y gestos, los modos de reaccionar y de interpretar las situaciones, las formas de responder ante experiencias dolorosas, promoviendo determinados ideales, como así también proyectos y estimaciones a alcanzar en sus vidas.

Considerando lo trascendente de la constitución subjetiva durante estos primeros años, los profesionales del Centro institucional estipulaban sus abordajes repensando los modos de crianzas inscriptos en las familias, con el propósito de problematizar y desestructurar las pautas culturales, discursos, formas de vincularse e interactuar que suelen ser contraproducentes al desarrollo personal de cada niña y niño.

En definitiva, consideramos que todos nos constituimos en una historia, que es una historia con otros. Las niñas y los niños no cesan de construirse, están atentos a la realidad que los rodea, de la cual toman fragmentos que son incorporados por disposiciones internas a su subjetividad, armando de esta manera un recorrido propio a partir de lo internalizado.

## **Dificultades y problemáticas de las Infancias en el contexto actual: Medicalización y Patologización.**

En cada momento histórico se construyen diferentes categorías sobre lo que se considera - sano- y -enfermo-, las cuales son constitutivas de los parámetros de normalidad establecidos dentro de una sociedad.

Pero, ¿Qué es ser normal? Canguilhem (1943) define normal como:

Aquello que es como debe ser, un modo de unificar lo diverso. Sin embargo, ¿quién determina y bajo qué condiciones se define lo que se debe ser? No se pueden pensar estas categorías por fuera de su época histórica, ni por fuera de una ideología dominante. En este sentido, lo normal es un concepto dinámico y polémico. (p. 24)

Consideramos que, bajo esta idea de los parámetros de normalidad establecidos socialmente, se promueve el traslado de ciertas problemáticas colectivas, económicas y socioculturales, pero propiamente cotidianas de la vida, hacia el campo médico, como si fueran problemas individuales, atribuyendo sus causas a determinaciones biológicas.

Para situarnos específicamente en las Infancias, siguiendo a la autora Untoiglich (2011), en los contextos actuales existen dificultades para diferenciar lo que se denomina un padecimiento psicopatológico, de lo que es una manera subjetiva de ser y comportarse, producto de las dinámicas y cambios del contexto actual. Nos parece pertinente caracterizar dos procesos discutibles, que se encuentran implicados coyunturalmente en las Infancias de hoy, como la medicalización y patologización.

Retomando a la autora, “cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de déficit o trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida.” (Untoiglich, 2013, p. 22)

En este punto, añadimos, que en el entramado social se generan miradas y modos de intervenir desde una perspectiva unicausal respecto a los orígenes de los padecimientos de las niñas y los niños, reduciéndolos a patologías como la hiperactividad, desatención e impulsividad, sin tener en cuenta que los malestares pueden estar desencadenados por múltiples circunstancias del contexto en el cual se encuentran.

Desde la experiencia de intervención, los profesionales del Centro Integral sostenían que la medicalización no debía ser la primera ni la única opción a la hora de intervenir, considerándola una alternativa temporaria dentro de una estrategia más amplia.

De la mano del proceso de medicalización, se entiende que la patologización tiene lugar cuando características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano, se transforman en patologías. “Este proceso lleva a concebir como enfermas ciertas particularidades de los sujetos, considerando como enfermos o potencialmente enfermos a aquellos individuos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época.” (Korinfeld, 2005, p. 25)

Este último proceso, podría implicar mucho más que la forma de denominar un padecimiento, sino que la vida de la niña o el niño pasa a ser leída desde esa única condición, a partir de aquí, toda su historia, su pasado, su presente y su futuro estará atravesado por dicha categorización.

Desde el espacio del taller Recreate se ponía énfasis en la integración desde la heterogeneidad de cada condición, evitando la caracterización desde los diagnósticos prescritos, considerando que la patologización implica ocultar e invisibilizar al sujeto para darle más entidad a la patología en sí. Estas prácticas de integración se manifestaban en la configuración de los grupos

de cada taller, mediante la incorporación de niñas y niños procedentes de diferentes tratamientos y subjetivas condiciones.

De acuerdo a estas dos categorías conceptuales que atraviesan el campo de la Salud Mental en las Infancias, nos cuestionamos: ¿cómo los diagnósticos atraviesan la vida de las niñas y los niños? ¿a qué responden los diagnósticos en la realidad?

Durante nuestra experiencia, reconocimos la envergadura de precisar si el conflicto es intra o intersubjetivo, es decir si es interno al sujeto mismo o incluye a otros. Es decir, que a la hora de diagnosticar se tengan en cuenta las problemáticas de las niñas, los niños y sus familias y pensar en qué grupo social y momento histórico transcurre la complejidad de estas situaciones.

### **Las niñas y los niños no son solo sujetos de necesidades, son primariamente sujetos sociales con derechos**

Respecto a nuestra disciplina, “entendemos al trabajo social como una profesión que sólo se realiza en presencia de otro/s, de manera que las concepciones vigentes en torno a ese otro afectan directamente el sentido y direccionalidad de la actividad.” (Acevedo, 2014, p. 8)

En este sentido, ninguna conceptualización que se haga de los sujetos es inocente, sino que la manera en que se los concibe implica un marco teórico y político, que siempre encubre determinados intereses que tienden a reproducir o cuestionar el orden de las cosas. Es decir, las nominaciones de los sujetos van a remitir a diferentes estrategias de intervención.

En el caso particular de la Salud Mental, sostenemos, que designar al sujeto de determinada manera, implica asignarle implícita o explícitamente, un rótulo que siempre se convierte en estigmatizante, dificultando la interacción y la relación con otros.

Como ya mencionamos en el capítulo 1, las nociones en torno a los sujetos con padecimientos han ido cambiando a lo largo del tiempo; Salud Mental entendida como enfermedad, locura, anormalidad, trastorno, asociada al miedo y al peligro, fueron ideas hegemónicas durante muchos años en nuestra historia.

Estas nociones se constituyeron como base de fundamento a la hora de los abordajes e intervenciones en esos contextos, siendo la institucionalización, la exclusión, la medicalización y el encierro prácticas legitimadas para dar respuestas a los padecimientos.

Es necesario dejar en claro cuáles fueron los atravesamientos históricos, institucionales, sociopolíticos y culturales que fueron permeando a los sujetos con padecimientos subjetivos y que de alguna manera aún preexisten en el imaginario social y prácticas cotidianas.

Teniendo en cuenta que el eje de este apartado se centra en los sujetos de nuestra intervención, resulta ineludible aclarar el posicionamiento al cual adherimos, concibiendo la Salud Mental como un derecho humano, que debe ser garantizado desde un enfoque comunitario, tendiente a la integración y la plena inclusión de las personas con padecimientos subjetivos en la comunidad, y su consideración como titulares de derechos con capacidad jurídica para ejercerlos plenamente.

Desde esta perspectiva, las niñas y los niños partícipes del taller Recreate, sujetos de nuestra intervención, son concebidos como sujetos de derechos, en donde se tienen en cuenta sus voces, sus historias, sus padecimientos. Entendiéndolos como portadores de potencialidades, asignándole importancia a sus singularidades y considerando las diferencias como enriquecedoras.

## **Sujetos de Intervención: Las niñas y los niños del taller Recreate**

Los sujetos de nuestra intervención fueron niñas y niños entre 6 a 10 años, que participaron del taller Recreate. El grupo infantil poseía una trayectoria en el Centro Integral, en algunos casos, se encontraban iniciando el proceso de tratamiento individual con los profesionales indicados y en otras circunstancias estaban finalizando el mismo.

Los encuentros en este espacio posibilitaron involucrarnos y conocer sobre sus gustos, preferencias, deseos, así como también sus dificultades personales, escolares y familiares. En el transcurso de esta experiencia, identificamos como este grupo infantil disfrutaba de diferentes propuestas lúdicas, de actividades artísticas como el dibujo y la pintura, acompañadas de música, además de los espacios de diálogos sobre situaciones cotidianas en común como vivencias familiares y experiencias escolares.

A la hora de mirar las trayectorias y experiencias de los sujetos, comprendimos que el transcurso de cada uno dentro de la Institución dependía de las particularidades de cada situación, respecto a las posibilidades y disposiciones del núcleo familiar, como de los centros educativos, que repercuten de modo alguno en el proceso de cada tratamiento. Por lo cual, es importante pensarlos bajo la responsabilidad de estas dos grandes instituciones: las familias y las escuelas, mediante las cuales se integran, desarrollan sus facultades y comprenden su entorno.

Para comprender el contexto en el que se desarrollan las niñas y los niños, resulta importante caracterizar a sus familias, esclareciendo sobre sus condiciones de vida, recursos de los que disponen para la satisfacción de necesidades y las diversas circunstancias que atraviesan las dinámicas familiares.



De acuerdo a fuentes estadísticas otorgadas por los profesionales del Centro Integral, las familias de los sujetos de intervención, en cuanto a su composición, son mayormente de tipo nucleares (padre, madre e hijos/as), extensas (promedio de 3 hijos/as por núcleo conyugal más otras personas, parientes) y luego le siguen las monoparentales (madres solteras con hijos/as a cargo). Estas familias provienen de diversos barrios de la Capital de Córdoba, ubicados en la zona sur de la ciudad.

A partir de la información suministrada por los abordajes del equipo profesional, dentro del contexto de las interacciones de estas familias, se identificaban diversas situaciones cotidianas relacionadas al deterioro de la comunicación intrafamiliar, malos tratos, sobreprotección, disciplinas inadecuadas a las necesidades de las Infancias, entre otras.

Mediante la investigación de historias clínicas y entrevistas familiares, identificamos cómo la convivencia en contextos de violencia, condiciones de vulnerabilidad socioeconómicas familiares y conflictos en el ámbito escolar, en cierta manera agudizan las condiciones subjetivas de cada niña y niño.

La complejidad de la realidad social nos remite a pensar la existencia de una multiplicidad de dimensiones operando en cada situación particular. Partimos de esta idea respecto a las realidades de estas familias atravesadas por múltiples problemáticas como: el consumo de sustancias, contextos de violencia y agresión, bajos recursos económicos, reflejando una cotidianeidad afectada por la desocupación y la subocupación.

Esta importancia asignada al rol de las familias tiene que ver principalmente por considerar que estas niñas y niños no están solas y solos, sus tratamientos y sus desarrollos dependen fehacientemente del tipo de involucramiento y de las percepciones que sus círculos familiares

tienen de los padecimientos. Enfatizamos en esta premisa, coincidiendo con el discurso profesional del equipo, respecto a la importancia de realizar un trabajo que involucre a las familias para el alcance de un abordaje satisfactorio.

Repensando el rol de la escuela, como la gran derivadora de niñas y niños al Centro Integral, nos cuestionamos ¿qué pasa con las escuelas? ¿están cumpliendo su función? Hacemos mención al lugar que ocupan las instituciones educativas a las que asisten esta población infantil, y cuál es la incidencia de estas en los tratamientos desplegados.

De este grupo infantil, la gran mayoría se encuentran escolarizados en instituciones estatales, las cuales con mayor frecuencia demandan la intervención del Centro Integral. Las instancias de articulación entre este último y las escuelas se ejecutan mediante el envío de informes o contactos telefónicos, acercamientos que se tornan de suma importancia para la realización de los tratamientos.

En base a la lectura de informes, identificamos que el escaso involucramiento de las escuelas en los tratamientos de las niñas y los niños, dificulta que el abordaje se continúe sosteniendo en otros espacios más allá del ámbito del Centro Integral, lo que es necesario para que el proceso terapéutico se lleve a cabo de un modo más eficiente.

Dentro del espacio institucional, se ponía en debate la necesidad de deslegitimar la idea, de que los padecimientos infantiles serán resueltos en el marco de los abordajes de la propia institución de Salud Mental, apuntando a que inexcusablemente se requiere que ambas instituciones se integren y acuerden acciones bajo una misma línea de trabajo.

CAPÍTULO 4:  
OBJETO Y ESTRATEGIA  
DEL PROCESO  
DE INTERVENCIÓN



Para el desarrollo de este apartado, delimitamos la situación problemática del campo de la Salud Mental Infantil desde la cual trabajamos, lo que nos permitió posteriormente llegar a concretar el objeto de intervención desde un marco teórico, metodológico y epistémico.

A partir de la delimitación del objeto de intervención, se elaboró una estrategia, que consideraba en sus propósitos, la importancia del juego en el tratamiento y el desarrollo de este grupo infantil, para fortalecer sus capacidades de aprendizajes de manera positiva, contribuyendo a un desarrollo social y personal saludable. Para llevar a cabo esta propuesta, se caracterizó al juego como un derecho, una necesidad, una característica de las Infancias.

La estrategia de intervención elaborada, consistió en la propuesta de un conjunto de actividades implementadas en el Taller, con la intención de que las niñas y los niños pudieran expresarse de una manera diferente a las posibilidades que tienen en lo cotidiano.

Se elaboraron actividades en función de que les permitieran manifestar, natural y espontáneamente, las situaciones que les estén afectando a través del juego, siendo ellos los propios protagonistas en sus relatos.

Para concluir este capítulo, especificamos cuál fue la estrategia metodológica implementada, incluyendo la explicación de técnicas, insumos y recursos que utilizamos durante este proceso.

## **Taller Recreate: dispositivo del Centro Integral Infanto-Juvenil**

El taller Recreate comenzó a dictarse a fines de mayo del año 2018, estaba destinado a niñas y niños que concurrían al Centro Integral, quienes recibían tratamientos de atención psicosocial y paralelamente asistían al taller para potenciar y enriquecer sus habilidades sociales.

Este taller consistía en la implementación de diferentes actividades lúdicas y recreativas que expresaban la intencionalidad de cada encuentro, encontrándose a cargo de la trabajadora social, una estudiante de psicología, una enfermera residente y por quienes suscriben la presente tesis.

En sus inicios, el taller tenía como propósito general promover el desarrollo de las habilidades sociales, entendiéndolas como aquellas conductas y aptitudes que se adquieren y se aprenden en el transcurso de la vida, que favorecen la salud mental, corporal y la vida en general. Estas habilidades promueven favorablemente el manejo de tensiones, toma de decisiones, capacidad de establecer empatía, resolución de problemas, comunicación afectiva, manejo de emociones, creatividad, entre otras.

Desde que se implementó el taller, la trabajadora social a cargo del mismo, propuso los siguientes objetivos:

- Construir un espacio de encuentro con niñas y niños que favorezca el desarrollo de la identidad, recursos, habilidades y vínculos familiares y sociales saludables.
- Estimular la creatividad, expresión y el disfrute de las niñas y los niños, habilitando un espacio de juego en condiciones adecuadas.

Los talleres se estructuraban en diferentes momentos:

- El primer momento consistía en juegos de presentación para que las niñas y los niños se conocieran entre sí, promoviendo una mayor integración y confianza entre ellos.
- Posteriormente se realizaba una actividad inicial, es decir un juego de apertura que se caracterizaba en la presentación de cada niña y niño para lograr que el grupo infantil se introduzca dentro de la dinámica del taller.
- Luego se proponía la actividad central, que consistía en trabajar determinadas temáticas tales como: derechos en la niñez, promoción de hábitos saludables, reglas de convivencia, el manejo de las emociones y herramientas para afrontar dificultades cotidianas, la importancia de la solidaridad y la integración entre pares, actividades favorecedoras para una sana autoestima desde una experiencia grupal, etc.
- Para concluir cada taller, se realizaba una actividad de relajación mediante movimientos corporales y el control de la respiración, incluyendo preguntas de reflexión sobre cómo se sintieron durante el taller, destacando las actividades que les gustaron y las que no.

Consideramos importante la caracterización de este dispositivo, para facilitar la comprensión del encuadre del objeto de intervención y de las estrategias implementadas al interior de este espacio institucional.

### **Definición del objeto de nuestra intervención**

En términos teóricos desde el trabajo social, se entiende por objeto de intervención, aquel que se encuentra situado “en la delicada intersección entre procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción y los procesos de distribución secundaria del ingreso”. (Aquín,1995, p. 7)

A partir de esta definición del objeto de intervención, consideramos necesario profundizar sobre aquellos obstáculos que se presentaban en la reproducción cotidiana de la existencia de este grupo infantil, que no pueden ser resueltos desde sus centros de vida, como las familias y las escuelas, y requieren de respuestas desde la esfera estatal, mediante instituciones especializadas, como se reconocería en este caso la funcionalidad del Centro Integral Infanto-Juvenil.

Dada esta instancia, realizamos un proceso de diagnóstico de las problemáticas del grupo infantil del taller, que nos permitió delimitar y posteriormente elaborar el objeto de intervención. Dichas problemáticas se manifestaban en: problemas de aprendizajes, baja autoestima, dificultades para socializar, aislamiento, conductas violentas y antisociales, falta de concentración, dificultades ante las exigencias escolares, ansiedad, entre otras.

Por consiguiente, identificamos lo esencial de proponer herramientas para que puedan integrarse y participar tanto en el taller como en otros ámbitos cotidianos, es decir herramientas que ayuden a las niñas y los niños a desarrollarse en sus contextos con todas las dificultades que se presenten, apostando a sus capacidades y potencialidades para afrontarlas, y, asimismo, para afianzar un proceso terapéutico satisfactorio y eficiente a sus necesidades.

En base al reconocimiento de los obstáculos para la satisfacción de las necesidades de los sujetos de nuestra intervención, es que expresamos al objeto de intervención de la práctica profesional como “las dificultades de integración y participación de las niñas y los niños del taller Recreate”.

Desde este marco, consideramos preciso un abordaje para fortalecer los propósitos de este dispositivo institucional como es el taller, con la intención de fomentar un desarrollo saludable de acuerdo a las capacidades de cada niña y niño, mediante el fortalecimiento de conductas que

tengan que ver con: mejorar las habilidades de diálogo, capacidad de comunicarse, de participación y autonomía de acuerdo a sus propias posibilidades, comunicar mejor lo que sienten y lo que desean, impulsando la sana autoestima.

## **El juego como estrategia de intervención y su impacto en la Salud Mental: *hacia un desarrollo saludable***

Consideramos que el juego es una herramienta valiosa en esta propuesta, por cómo éste impacta y direcciona el escenario terapéutico en el que se desenvuelven sus participantes, permitiéndoles a través de él, elaborar, construir y deconstruir significaciones en torno a sus padecimientos y diversas dificultades.

Freud (1920) en su texto *Más allá del principio de placer* expone:

el juego le permite al niño hacer activo lo sufrido pasivamente; elaborar situaciones vividas, hacerse dueño de la situación, es decir, le otorga la posibilidad de desprenderse de algo, ubicar lo desagradable en esa escena y hacer una versión. Es por esto que se considera al juego como un medio para elaborar y manifestar lo traumático, siendo así, una necesidad psíquica, un signo de salud, un derecho (p. 34).

En definitiva, implica valorizar la importancia de un espacio de distensión, principalmente en las circunstancias en las que se encuentra la población infantil que acude al Centro Integral, permeados por una diversidad de problemáticas socio-económicas y culturales que dificultan sus posibilidades de tener un crecimiento saludable.

“Se debe intentar rescatar al niño como niño desde su aspecto más vital, el jugar, para que desde allí pueda hablar de su acontecer, de su padecer, en donde a veces el jugar solo en presencia de otro adquiere toda una dimensión creadora”. (Winnicott, 1993, p. 13)



El propósito fundamental de enfatizar en el juego en esta propuesta, es para que a través de él sea posible conocer y a la vez incidir en la subjetividad de cada niña y niño. Resaltando, que gracias a su implementación se puede contribuir al cuidado de la salud mental y física, siendo este un medio natural que, adecuadamente aplicado, fomenta a grandes rasgos un desarrollo y aprendizaje positivo.

El objetivo general de esta intervención, fue contribuir a que se fortalezcan las capacidades de integración y desarrollo de vínculos saludables entre quienes participaban de dicho espacio de recreación.

En tanto objetivos específicos, nos propusimos los siguientes:

- Fomentar la práctica de actividades lúdicas cooperativas e integradoras durante las instancias de desarrollo del taller.
- Promover la inclusión y las habilidades positivas entre las niñas y los niños a través del juego dirigido.
- Impulsar instancias de participación con las familias, para involucrarlos en el desempeño de sus hijos dentro del taller.
- Analizar la incidencia y cambios generados en el proceso de ejecución de la propuesta de intervención y comunicar los resultados obtenidos al Centro Integral Infanto-Juvenil.

Esta estrategia consistió en la ejecución de una serie de actividades llevadas a cabo durante el mes de octubre en 3 talleres consecutivos. Como cierre de las actividades del taller, se llevó a cabo un encuentro entre el grupo infantil y sus familias.

Previamente a la implementación de la estrategia de intervención, utilizamos un conjunto de herramientas, entre las cuales podemos mencionar las entrevistas y observaciones participantes. Siguiendo los aportes de la autora Guber (2001) “la entrevista es una estrategia para que la gente hable sobre lo que sabe, piensa o cree; es una situación donde una persona obtiene información sobre algo, interrogando a otro, es una instancia de relación social.” (p. 13)

La técnica de observación participante para la recolección de información supone que la presencia de los hechos de la vida cotidiana, garantiza la confiabilidad de los datos recogidos y el aprendizaje de los sentidos que subyacen de dichas actividades. “Implica observar sistemática y controladamente todo lo que acontece y a la vez participar en una o varias actividades de la población estudiada.” (Guber, 2001, p. 55)

Las entrevistas fueron realizadas principalmente a profesionales del centro institucional, y además recurrimos a otros insumos como la lectura de historias clínicas, la revisión bibliográfica de trabajos académicos para un mayor conocimiento de la temática y registros escritos del cuaderno de campo y el cuaderno del taller.

En cuanto a recursos utilizados, se pueden mencionar aquellos recursos materiales y humanos provistos desde el taller, siendo importante aclarar que las actividades reconsideraron los escasos recursos con los que se contaba para el desempeño de las mismas.

Para la sistematización de la estrategia de intervención utilizamos herramientas de registro como: el cuaderno de campo y el cuaderno del taller. En este último, se registraban de manera descriptiva, las conductas observadas en las niñas y los niños durante la ejecución de cada actividad, para posteriormente ser evaluadas y analizadas interdisciplinariamente por el equipo coordinador.



CAPÍTULO 5:  
REVISIONES SOBRE LA IMPORTANCIA  
DE LA ACTIVIDAD LÚDICA  
EN LAS INFANCIAS COMO ESPACIO  
DE LEGITIMACIÓN DE  
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS



El propósito de este momento, es referenciar sobre la importancia de la actividad lúdica como un derecho fundamental en la Niñez. Este apartado contiene además una reconstrucción del proceso de intervención, desde nuestro ingreso a la institución hasta el cierre de la experiencia, haciendo hincapié en los diferentes dispositivos en los que nos insertamos.

Posteriormente nos especificamos en la incidencia que tuvo nuestra estrategia de intervención en las niñas y los niños del taller, instancia en la que desarrollamos los principales indicadores evaluables que nos permitieron develar los resultados y el impacto alcanzado con la implementación de las actividades propuestas.

Para finalizar dicho apartado, exponemos los principales aportes y dificultades de nuestra experiencia de intervención, añadiendo además algunas sugerencias para futuras intervenciones.

## **Los espacios de recreación como un derecho insustituible de las Infancias**

Descansar, divertirse y dedicarse a lo que más les gusta son derechos propios de la Niñez. El juego es una parte esencial durante el crecimiento, es una forma de comunicarse y relacionarse, pero principalmente el sentido de jugar radica en el goce y el disfrute.

Es por esto que la direccionalidad de cada propuesta en la experiencia de intervención estuvo pensada desde una arista fundamental que es considerar estos espacios de recreación como un derecho insustituible de las infancias.

La Convención sobre los derechos del niño, niña y adolescente establece que el juego es un derecho humano y universal. Haciendo mención al artículo 31 de la Convención:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

El juego ocupa un lugar fundamental en la práctica y promoción de la participación en niñas y niños. Desde UNICEF refieren al respecto:

En muchas oportunidades el derecho a jugar se lo ha llamado el derecho olvidado, probablemente porque la mayoría de los adultos lo consideran más un lujo que una necesidad. El juego está presente a lo largo de nuestras vidas. Tiene un carácter universal, una dimensión cultural y se caracteriza como necesidad básica del ser humano. (UNICEF, 2006, p. 40)

Al llevar estas consideraciones a un espacio como es el Centro Integral Infanto Juvenil, comprendimos fundamentalmente al juego como un indicador de salud entre las niñas y niños que asisten a la institución, razón por la cual es preciso que sea garantizado en estos escenarios.

La referente institucional, refirió durante la instancia de una entrevista “El niño que juega, es un niño que tiene posibilidades, que busca a partir de lo creativo elaborar y pensar lo que le pasa, es importante pensar el juego como el espacio por excelencia de la niñez”.

Insistió además “Es importante pensar estos espacios de recreación como una actividad llena de sentido y como una función social, que puede adaptar múltiples formas y ahí radica su importancia, ya que los niños pueden manipularlo de acuerdo a sus determinadas necesidades, factor que es esencial teniendo en cuenta que se trabaja con pequeños con diversas funcionalidades”. Estas nociones también nos permitieron cultivar una propuesta de intervención alineada a lo que se venía ponderando desde las propuestas lúdicas de la institución.

## **Reconstruyendo la experiencia de intervención**

En este apartado realizaremos una reconstrucción de nuestra experiencia al interior del Centro Integral. Consideramos trascendente describir aquellas múltiples dinámicas e instancias más significativas por las que transitamos en los diferentes dispositivos que operan en este escenario institucional, al considerar que nuestro proceso de intervención estuvo atravesado por la complejidad de dichas circunstancias.

En el transcurso de esta experiencia participamos principalmente en tres diferentes espacios de la institución: las admisiones, las revistas de casos y el taller Recreate.

Durante los primeros meses, nos insertamos en las admisiones con la trabajadora social y diferentes psicólogas del Centro. Este espacio consistía en una entrevista hacia el adulto responsable que demandaba atención del equipo profesional, donde los ejes que se investigaban eran: procedencia de la demanda, historia vital de la niña o el niño, composición familiar, situación habitacional, padecimiento de enfermedades, vivencias traumáticas, recurrencia a otras instituciones, indagación sobre otros actores implicados en la situación.

De la misma forma, este espacio nos permitió conocer otros aspectos como: métodos para la realización de genogramas, tipo de entrevistas que se aplicaban a las familias, las derivaciones que se realizaban, las principales problemáticas que manifestaban los sujetos, las modalidades de trabajo entre los diferentes equipos de profesionales y la disponibilidad de recursos.

Vale aclarar, que en los diferentes escenarios institucionales se reflejaba con claridad el esfuerzo de un grupo de profesionales que, agotaban hasta la última estrategia para la obtención de insumos que les permitiera sostener un espacio. Sin ir más lejos, la mayor parte de elementos y equipamiento con los que contaban, habían sido reciclados por los mismos profesionales.

Otro momento a caracterizar, es el de las revistas de casos, actividad dirigida por la jefa del Centro Integral, cuyo objetivo era la exposición de las situaciones familiares que se indagaron durante las recepciones, las cuales eran presentadas por los profesionales que realizaron las entrevistas.

Dentro de esta instancia se buscaba asignar el caso investigado al profesional correspondiente, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la situación presentada. También, cada profesional exponía dudas y cuestiones respecto a situaciones que ya venía trabajando, con el fin de tomar opiniones y criterios de los demás profesionales, que permitiera



abordar las situaciones problemáticas desde la integración de los distintos saberes, para llevar a cabo una intervención pertinente a la demanda.

Durante las revistas de casos se llevaron a cabo encuentros con profesionales pertenecientes a otras instituciones, con el propósito de analizar y elaborar estrategias para aquellas situaciones más complejas que se presentaban en el Centro Integral.

Puntualmente, queremos destacar un encuentro con profesionales miembros del Centro de Acceso a la Justicia (CAJ) de la provincia de Córdoba, momento donde se pusieron en debate dos cuestiones: por un lado, la premisa de cuidar a las niñas y a los niños de las instituciones y, por otra parte, lo sustancial de pensarlos bajo un sistema de protección, que, ante cualquier circunstancia debe proteger y velar por su integridad.

A modo de sugerencia hacia el Centro Integral, durante este debate se remarcó la importancia de respetar las incumbencias profesionales y –activar- a los órganos competentes que tienen que intervenir en determinados casos que aquí se presenten. La apertura de este debate estimuló a pensar al Centro Integral, como un órgano representativo en el área de Salud Mental Infantil, que además también es receptor de múltiples demandas correspondiente al área judicial, educación etc.

Si bien es indiscutible la necesaria articulación entre las diferentes áreas, su principal incumbencia es la salud, y que deben demandar formalmente los abordajes que correspondieren a órganos como SENAF (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia) y los SPD (servicio de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) para que estos tomen partida en las circunstancias que les compete.

Otros momentos distintivos de nuestro transcurso por la institución, fueron las capacitaciones que se realizaron, destacando aquí el curso de Salud Mental Infanto Juvenil, dictado en el Hospital San Roque viejo por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el cual se abordaron temas tales como: constitución subjetiva, medicalización y patologización de las Infancias, problemas de aprendizaje en la Niñez, autismo y psicosis infantil.

Consideramos de gran envergadura haber participado en estos espacios de capacitaciones, que nos aportaron conocimientos sobre los avatares de problemáticas que atraviesan las Infancias de hoy y la importancia de incorporar la interdisciplina a los modelos de abordajes para problemáticas sociales tan complejas vinculadas al área de la Salud Mental.

Finalmente, destacamos al taller Recreate como un espacio en el que ejercimos un rol más activo, en comparación de los anteriormente mencionados. Al iniciar el taller, nuestra participación se limitaba a conocer su dinámica, observando y acompañando las actividades programadas por la trabajadora social.

El taller Recreate se fue consolidando paulatinamente como espacio de recreación, a continuación, mencionaremos cada etapa que atravesó este dispositivo institucional.

Durante sus inicios el taller tuvo dos desafíos: el primero de ellos consistía en incorporarse a la dinámica del Centro Integral, proceso que implicaba obtener un espacio físico donde llevarse a cabo, disponibilidad horaria de la profesional encargada, como así también los recursos e insumos necesarios para las actividades y propuestas. La escasez de recursos y el contexto emergente en cuanto a las sobredemandas de servicios hacia la institución, fueron factores que complejizaban el desempeño del taller.

El segundo desafío que se presentó, radicaba en planificar las propuestas del taller de acuerdo a las necesidades del grupo infantil, teniendo en cuenta que la mayoría de las niñas y los niños que se incorporaban presentaban dificultades en el aprendizaje, en cuanto a lectura, escritura y comprensión, razón por la cual las actividades requerían estar apropiadamente pensadas.

Durante los primeros meses, observamos poca concurrencia al espacio y desorganización en cuanto a las actividades, motivo por el cual se modificaban constantemente los propósitos a trabajar en cada taller. Además, las dinámicas de las actividades grupales se tornaban variantes debido a que eran los primeros encuentros, y conductas tales como la incomodidad, timidez y escasa interacción oscilaban a simple vista dentro del espacio.

En este primer momento como instancia de adaptación del grupo infantil y de quienes dirigíamos el taller, se buscaba principalmente generar un espacio de conocimiento y confianza, que implicaba identificar sus preferencias y las actividades con las que se sintieran cómodas y cómodos, lo que requería evaluar la funcionalidad del grupo según las diferentes propuestas empleadas.

Una dinámica que resulto de manera satisfactoria fue haber generado espacios de charlas sobre situaciones cotidianas a nivel escolar y familiar que les interesara, como por ejemplo hablar sobre sus mascotas, dibujos animados, superhéroes favoritos, sus amistades, cumpleaños etc.

Las actividades en varias oportunidades contenían preguntas disparadoras como: ¿Cómo me siento hoy? ¿Cómo me siento cuando estoy en la escuela? ¿O con mi familia? ¿O con mis amigos? ¿Qué me da miedo? ¿Qué me genera felicidad?

Estos encuentros proporcionaron la apertura para que posteriormente pudieran expresar aquellas situaciones que les afectaban, vinculadas a violencia intrafamiliar, conflictos escolares, entre otras circunstancias de lo cotidiano que los estaban perturbando y conmocionando. Sus manifestaciones se enunciaron ya sea de manera explícita mediante sus relatos, o implícitamente a través de sus dibujos, expresando sentimientos de enojo, tristeza, disgusto.

A raíz de estas charlas se desarrollaron talleres destinados a pensar de manera conjunta alternativas para la resolución de conflictos en sus experiencias cotidianas, por ejemplo, en un taller se trabajó sobre qué hacer ante situaciones de pleitos en las escuelas. Esta actividad consistió en recrear una escena de conflicto entre quienes participaban, preguntándoles que harían en esa situación, y posteriormente sugerir alternativas.

También se trabajaron temáticas sobre cuidados saludables vinculados a la importancia de una buena alimentación, higiene personal, realizar deportes y dormir lo necesario para mejorar la calidad de vida, mediante la confección de collage, dibujos y charlas reflexivas.

Con el transcurso de los meses, se iban unificando aspectos del taller que permitieron un desarrollo más efectivo de las actividades y los propósitos de las mismas. Gradualmente comenzamos a asumir diferentes roles dentro del espacio, vinculados a la apertura y cierre del taller, registrando y orientando las actividades.

Consecutivamente, se emplearon propuestas basadas en temas como: los derechos en la niñez, reglas de convivencia, otras relacionadas al manifiesto de sus emociones y sobre sus cualidades. Estas últimas consistían en permitirles pensarse a sí mismos e identificar tales cualidades y a su vez identificar las de sus compañeras y compañeros.

Consideramos importante profundizar sobre esa primera etapa, para comprender bajo que términos posteriormente se implementó nuestra propuesta de intervención. Llegado el momento de dicha implementación, tuvimos en cuenta lo que se venía trabajando en el taller, para continuar afianzando y potenciando el desenvolvimiento de las niñas y los niños al interior del mismo.

## **Evaluación de la propuesta de intervención**

Nuestra propuesta para los talleres que realizamos consistió principalmente en desplegar herramientas pedagógicas a través de actividades lúdicas, utilizamos el arte en sus variadas expresiones como la pintura, danza, música y teatro, mediante la propuesta de un ambiente no competitivo, relajado y agradable que permitiese liberar la subjetividad de cada integrante del taller. Conjuntamente, incorporamos la actividad física como movimiento de expresión que genera placer, para un mayor control corporal y liberación de tensiones.

Al mismo tiempo, propusimos actividades que estimularan el trabajo colectivo y de cooperación entre pares. Se observó, en términos progresivos, que quienes tenían mayor timidez lograron sentirse participes, promoviendo a su vez la capacidad de sociabilizar. De manera simultánea se estimulaba el sentido de responsabilidad hacia los demás, ya que se observó cómo se solidarizaban entre pares para ayudar a quienes les resultaba una dificultad realizar el juego propuesto.

Otra instancia importante propuesta en el taller, fue un encuentro que involucraba la participación de las niñas y los niños y de algún miembro de sus grupos familiares, con el propósito de que estos últimos pudieran conocer cuáles eran las actividades que comúnmente se

realizaban en cada encuentro y como el grupo infantil interactuaba y establecía vínculos al interior del taller.

Además, se realizaron dos actividades centrales, una de ellas denominada la red del buen trato donde se dividieron a las niñas y a los niños en un grupo y a sus referentes familiares en otro. Esta actividad consistió en pensar y escribir las cosas que les gustan del otro y posteriormente colgarla en una red. La otra propuesta radicó en que cada niña y niño con su familiar, escribieran un acuerdo basándose en actividades significativas para realizar de manera conjunta en sus casas.

Durante el despliegue de estas propuestas, identificamos las diferentes modalidades de colaboración entre las niñas y los niños con su familiar acompañante, algunos se notaban incómodos realizando la actividad, otros la resolvían con mayor facilidad y complicidad. Además, observamos que las niñas y los niños exhibían sus producciones del taller con entusiasmo a su familiar, y les comentaban sus actividades preferidas dentro del espacio.

Los vínculos y las redes de apoyo son fundamentales en estos procesos terapéuticos, es por esto que fundamentalmente durante este encuentro, se hizo hincapié en que los familiares pudieran reconocer y empatizar con el proceso de crecimiento y desenvolvimiento de las niñas y los niños en este escenario, recalcándoles la importancia de contribuir a sus capacidades y potencialidades.

Al finalizar el encuentro, la trabajadora social fundamentó la importancia del juego expresando “el juego los vincula, mediante él, los niños aprenden, saben respetar reglas, turnos, cooperan entre ellos, participan, se desenvuelven con facilidad”.

También habíamos considerado realizar un informe en el que figure el proceso individual desarrollado por cada niña y niño dentro del espacio, con sugerencias para el grupo familiar. Por cuestiones relacionadas a los tiempos académicos y la propia institución, el informe no pudo ser elaborado.

Con la finalización del dictado de los talleres, se evaluaron los siguientes indicadores: el grado de satisfacción e interacción grupal, el desempeño individual, expresado a través de sus conductas, y la asistencia al taller.

En este periodo pudimos visibilizar:

- Durante el comienzo del taller asistían un promedio de 3 a 5 niñas y niños. Sin embargo, se concluyó el mismo con un total de 12 participantes, de los cuales al menos un 80% mantenían una asistencia constante durante los últimos 3 meses.
- Progresivamente fueron adquiriendo mayor integración y cooperación en el desarrollo de las actividades. Finalizando la propuesta, se identificó la participación del grupo en todos los juegos que se les presentaron.
- Adquirieron confianza en el espacio para expresar, ya sea mediante los diálogos grupales y dibujos individuales, aquellas situaciones problemáticas vividas en lo cotidiano que les afectaban.

Lo fundamental de la evaluación de este proceso, fue lograr puntualizar sobre como el juego trasciende la simplicidad, al tomarlo como una herramienta pedagógica que enriquece los tratamientos. Las niñas y los niños del taller gradualmente lograron apropiarse de ese espacio,

expresarse, desarrollarse, permitiéndonos identificar sus cambios, sus potencialidades, sus necesidades, al interior de un espacio construido para su contención y seguridad.

## **Aportes y dificultades en el proceso**

Nuestra experiencia académica en esta última instancia de formación, nos concedió apropiarnos de una multiplicidad de conocimientos, ya sea teórica, metodológica y racionalmente, significativos en lo que respecta al campo de Salud Mental y efectivamente en lo relacionado a la Niñez. Además de enriquecer el marco interpretativo que direccionará nuestras percepciones como profesionales.

Consideramos que el rol desplegado por la trabajadora social en el plano de su ejercicio fue fundamental para nuestra experiencia. Además, de su referencia y orientación en el proceso, realizó aportes que consideramos claves para el ejercicio profesional, pudiendo mencionar: sugerencias respecto a cómo llevar a cabo entrevistas familiares, seguimientos de procesos y tratamientos a nivel familiar, también técnicas para la coordinación de grupos y talleres, como así también importantes referencias teóricas sobre este campo en cuestión.

En términos generales, destacamos como aprendizaje para nuestra formación profesional, la importancia de afianzar una escucha abierta, libre de prejuicios a la hora de interpretar los relatos familiares, aludiendo a palabras de las profesionales “hay que evitar dejarse llevar por situaciones con las que se empatiza o no se toleran”. Entendemos que como profesionales del trabajo social nos encontramos interpelados por nuestras historias particulares, que involuntariamente pueden generar connotaciones desfavorables a la hora de escuchar los diferentes relatos.



Refiriendo precisamente al taller, tal instancia nos permitió experimentarlo como un punto de intersección y de cruces de caminos de diversas disciplinas, e incorporarnos a otros campos temáticos como la literatura, lo artístico, lo musical, lo teatral, lo lúdico, lo creativo, la actividad física, etc. nutriéndonos de diversas herramientas para trabajar la complejidad de las problemáticas.

Asimismo, nos parece pertinente recuperar la experiencia en los espacios de encuentros con el equipo interdisciplinario del Centro Integral, instancias que nos permitió interpretar como se constituían los abordajes a partir de la integración de disciplinas como la psiquiatría, psicomotricidad, trabajo social, psicología y enfermería.

En definitiva, estos espacios, caracterizados por la cooperación y coordinación entre los profesionales, nos llevaron a dilucidar sobre como las teorías y los paradigmas que se sostenían en cada discurso profesional, se relacionaban dialécticamente con los modos de abordajes, manteniendo una misma línea de trabajo a través de la cual estructuraban sus prácticas y estrategias.

En este punto, coincidimos con el autor Carballada (2011) quien expresa al respecto:

La interdisciplina como un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la Interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene "momentos" de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica. La Interdisciplina, en definitiva, no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber sino de interacción y reciprocidad simétrica. (p. 14)

En esta sección, para finalizar este apartado, reflexionamos sobre nuestro proceso, lo que nos llevó a realizar algunas sugerencias.

Analizamos conveniente la posibilidad de coordinar entre el Centro Integral Infanto Juvenil y la Facultad de Ciencias Sociales, diversos espacios de encuentro a través del dictado de talleres o cursos, que implique capacitaciones e incite la apertura de investigaciones en esta área, involucrando tanto a los profesionales como a los estudiantes de la carrera de trabajo social.

Nos moviliza sugerir, además, que desde el Centro Integral ante nuevas experiencias pre-profesionales, brinde la posibilidad de realizar un seguimiento de caso durante el proceso de práctica, ya que entendemos a este espacio como parte fundamental del ejercicio profesional del trabajo social para conocer en profundidad situaciones problemáticas específicas.

Respecto a las dificultades, destacamos principalmente, que los escasos tiempos académicos, no corresponden a los tiempos requeridos para un abordaje acorde a la complejidad de las problemáticas propias de este escenario institucional. Como así también, la falta de recursos y la limitada infraestructura del centro que impedían la implementación de otras propuestas.





CONCLUSIONES  
Y REFLEXIONES FINALES

## Conclusiones y reflexiones finales

Situadas en esta instancia de reflexiones, pretendemos invitar a cada lector a repensar las siguientes consideraciones más significativas y valiosas que nos indujo a razonar, y también a cuestionar, este amplio proceso.

A lo largo de esta producción hemos puntualizado en varias ocasiones en lo que deviene a las Infancias y sus consideraciones como sujetos de derechos, recalcando como la garantía del ejercicio de tales derechos, es una obligación del estado y una responsabilidad de todo el estrato adulto que esté vinculado indubitablemente al crecimiento de las niñas y los niños.

Al situar a esta etapa de la vida como es la Niñez, como fundamentalmente única y esencial, nos resulta inevitable pasar por alto como en la agenda de discusión pública no está en debate la ausencia de políticas sociales efectivamente aplicadas y sostenidas en torno a las Infancias y a su salud precisamente. Debatimos por como lo que se plasma en las leyes, como ya lo hemos mencionado, es insuficiente y no se encuentra concretado en la realidad.

Para concluir esta reflexión, nos albergamos en los siguientes interrogantes ¿Qué conciencia social y política se requiere para interpretar esta profunda vulnerabilidad? ¿Es posible la construcción de una agenda que promueva efectivamente los derechos en las Infancias? ¿Qué oportunidades significativas se están gestando en la realidad para las niñas y los niños?

Para alcanzar estos cambios, es indispensable cambiar radicalmente las concepciones en torno a las Infancias, partiendo de concebirlos como seres sociales, que se están constituyendo como tal, que tienen una historia, una genealogía, pensando en el crecimiento como potencia y que se les debe facilitar el armado de proyectos, para que puedan construir y construirse.

Nos gustaría resaltar específicamente, sobre la importancia de proporcionar a las Infancias un lugar y un espacio donde puedan expresar sus padecimientos. Entendemos que estos espacios deben promoverse más allá de las paredes de una institución propia de la Salud Mental, debiendo ser resignificados y legitimados en los diferentes escenarios cotidianos que atraviesan las Infancias, como la sociedad civil en general y demás instituciones.

Concluimos sosteniendo que a las niñas y los niños debemos considerarlos como otros humanos dotados de razón y merecedores de intercambios simbólicos significativos, haciendo hincapié en la importancia de interrogarnos sobre lo que piensan y lo que sienten, garantizarles una escucha genuina, y sobre todo concederles el tiempo y las oportunidades que precisen para el despliegue de sus subjetividades.



## *Bibliografía*

Alberdi, J M. (2003). *Reformas y contrareformas: políticas de salud mental en Argentina*. Rosario. UNR.

Amarante, P (2007). Superar el manicomio: Salud Mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.

Amico, L (2005) *La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de acción*. Edit. Espacio. Buenos Aires.

Arcila Mendoza P, Mendoza Ramos Y, Jaramillo J, Ortiz M, (2009) *Comprensión del significado desde Vigotsky, Bruner y Gergen*. Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.

Arito, Sandra. (2001). *Cuestión social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional*. Boletín electrónico Surá.

Ase I, Buriyovich J (2016). *Capacidades estatales y nuevos derechos. E caso de los nuevos marcos normativos en salud mental* Capítulo IV, en “Salud Mental y Derechos, Reflexiones en torno a un nuevo paradigma” Editorial IIFAP, Espartaco Córdoba pp:75/88.

Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen N° 65. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

Carballeda, A (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Paidós. Buenos Aires.

Carballeda, A (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Revista Margen N° 23.

Carballeda, A (2007). *Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas*. Revista CS. Universidad ICESI. Cali Colombia.

Cardozo, G y Michalewicz, A (2017). *El Paradigma de la Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: en la búsqueda de la plena implementación*. Publicado en: Derecho de Familia, Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia. Número 82, noviembre 2017.

Cifuentes, P (2015). La sistematización en Trabajo Social: entre la práctica y la



investigación. En Reflexionando las disciplinas. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Mariana. Editorial: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana.

Danani, C (2009): *La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización*. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M. (comp): Política Social: conceptos y herramientas. UNGS.

De Jong, E. (2009) *Familia: representaciones y significados*. Una lucha entre semejanzas y diferencia. Edit. Espacio. Buenos Aires.

Freud, S (1937). *sobre el inicio del tratamiento*. Obras completas, Amorroutu Editores, Buenos Aires.

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma.

Janin, B. (1996). *La infancia, la constitución de la subjetividad y la crisis ética*. Cuestiones de infancia, 1, 3-19. Editorial APBA.

Janin, B. (septiembre, 2018). Estructuración Psíquica y Complejidad de la Constitución Subjetiva. En L. Grasso (Director) *Abordajes de las Problemáticas de Salud Mental Infanto Juvenil*. Conferencia llevada a cabo en la dirección nacional de Salud Mental y Adicciones, Córdoba.

Madeira S, Fernández Vecchio M, Grondona C, Ismach S y Riqué D. (2011). *El trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.

Menéndez, E (2003): Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Recuperado de: <https://docs.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-lelNvbXZvQTF6dDA/edit>

Miani, A. (2013). *Políticas de Salud Mental en la Argentina*. Ponencias presentadas en el posgrado de Trabajo Social y Salud Mental. Hospital Neuropsiquiátrico provincial. Córdoba.  
PPT

Piotti M. y Lattanzi, L. (2007). *El Paradigma del Protagonismo Infantil. Perfil del Trabajador Social*. Ponencia presentada y publicada en CD en el XIV Congreso Nacional de Trabajo Social. Mendoza.

Piotti, M. (2008). *Los tres paradigmas de la Infancia y la adolescencia*. Mimeo 2011, ampliación de lo publicado en la Revista confluencias del colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba. Año 8. N° 35. diciembre de 2000.

Tiramonti, M. (2007). *Las transformaciones de la política educativa nacional en los años de la democracia*. Archivos de Ciencias de la Educación, 1 (1): 81-107. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.686/pr.686.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.686/pr.686.pdf)

Untoiglich, G. (2011) ¿En dónde ubican su atención los niños desatentos? Herramientas psicoanalíticas para abordar la problemática desatencional en la clínica y la institución escolar. Revista RUEDES. Recuperado de: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/3935/untoiglichruedes2.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3935/untoiglichruedes2.pdf)

Winnicott D. (1982). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa, (2ª edición).

## **Fuentes documentales:**

Ley Nacional de adhesión a “*la Convención sobre los Derechos del niño, niña y adolescentes*” N° 23.849, 1990.

Ley Nacional de “*Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescencia*” N° 26.061, 2005.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010.

UNICEF (2006) “*Participación de niños, niñas y adolescentes*”, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Buenos Aires. Disponible en: [https://www.unicef.org/republicadominicana/uniCef\\_proyecto.pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/uniCef_proyecto.pdf)



